



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Judicialização do direito à saúde: Análise da influência da ação
de tutela no acesso aos cuidados de saúde em Medellín-Colômbia
2011-2014

Diego Alexander Gómez Ceballos

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM
SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

JULHO, 2018



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Judicialização do direito à saúde: Análise da influência da ação de tutela no acesso aos cuidados de saúde em Medellín-Colômbia 2011-2014.

Autor: Diego Alexander Gómez Ceballos

Orientador: Prof^a Doutora Luzia Gonçalves

Coorientador: Inv^a Doutora Isabel Craveiro

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional

Apoio financeiro:

Bolsa de 34 meses Erasmus Mundus Fellow
Mundus

Bolsa de 5 meses IHMT projecto *JUDI-COL*

Publicações associadas

Gómez-Ceballos D, Craveiro I, Gonçalves L. A importância da judicialização da saúde na garantia do direito à saúde em Medellín Colômbia. Volume do Direito à Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2018. (Capítulo de livro – In press).

Comunicações orais e posters

Seminário: Direito à saúde na Colômbia: Possibilidades e limitações no acesso aos cuidados de saúde. Seminário em Saúde e Desenvolvimento, Doutorado em Saúde Internacional. IHMT, 14 de dezembro de 2017, Lisboa (Portugal).

Gómez-Ceballos, D., Craveiro I., Gonçalves L. Poster: (In) cumprimento das sentenças judiciais das ações de tutela para a efetivação do direito à saúde em Medellín-Colômbia. VIII Jornadas Científicas do IHMT, 12 de dezembro de 2017, Lisboa (Portugal).

Gómez-Ceballos, D., Craveiro I., Gonçalves L. Comunicação oral: Judicialização do direito à saúde: Influência da ação de tutela no acesso aos cuidados de saúde em Medellín-Colômbia. XXVIII Congresso da Associação Latina para a Análise dos Sistemas de Saúde, 7-9 de setembro de 2017, Liège, Bélgica.

Gómez-Ceballos, D., Craveiro I., Gonçalves L. Judicialization of the right to health: Analysis of the influence of the tutela action on access to the health services in Medellín, Colombia. III Congresso Internacional Dimensões dos Direitos Humanos, 12-14 de julho de 2017, Porto (Portugal).

Gómez-Ceballos, D., Craveiro I., Gonçalves L. Judicialização do direito à saúde: análise da influência da ação de tutela no acesso aos cuidados de saúde em Medellín-Colômbia. VII Jornadas do IHMT, 12 de dezembro de 2016, Lisboa (Portugal).

Agradecimentos

São muitas as pessoas e instituições às quais tenho que agradecer; sem o seu apoio não teria sido possível a finalização deste trabalho.

À Professora Luzia Gonçalves e à Doutora Isabel Craveiro, agradeço seu tempo, paciência, disponibilidade, encorajamento e por todas as suas correções e sugestões que foram de imenso valor, desde a escrita do protocolo até à escrita do relatório final.

Ao programa Erasmus Mundus Fellow Mundus da União Europeia pela bolsa de doutoramento de 34 meses e ao IHMT pela bolsa de investigação para licenciado de 5 meses no âmbito do projeto JUDI-COL.

À Doutora Diana Patrícia Guerra, coordenadora do Observatório pelo Direito Fundamental à Saúde da Personería de Medellín, pelo seu apoio incondicional e por fornecer a base de dados das ações de tutela em saúde interpostas no período de 2011 a 2014; sem esta preciosa informação não tinha sido possível fazer este trabalho.

A todos os pacientes e familiares dos destinatários da ação de tutela que participaram na presente investigação por terem partilhado a sua experiência de vulnerabilidade do direito à saúde através dos questionários e das entrevistas.

A todos os meus familiares, especialmente à minha mãe e ao meu irmão pela compreensão e encorajamento para terminar este trabalho.

Aos meus antigos e novos amigos pela amizade e por estarem sempre presentes, embora com os dos outros países os milhares de quilómetros de distância que nos separam.

A todos, o meu muito obrigado.

Resumo

Introdução: *A judicialização da saúde* surgiu como a possibilidade de se exigir judicialmente o direito à saúde perante os tribunais nacionais e internacionais. No caso específico da Colômbia, usa-se a ação de tutela como uma ferramenta jurídica para a proteção imediata dos direitos constitucionais fundamentais.

Objetivo: Analisar a influência da ação de tutela em saúde no acesso aos cuidados de saúde em Medellín, Colômbia, no período 2011-2014.

Métodos: Estudo analítico retrospectivo que adotou uma abordagem metodológica mista. Para a componente quantitativa foi usada uma amostra probabilística da Personería de Medellín, selecionada do total das 25890 ações de tutela registradas entre 2011 a 2014. A amostra recolhida foi de 1031 questionários, com um erro de previsão de 3%, com um coeficiente de confiança de 95% e uma estimativa de 0,5 de decisão favorável ao utente, no tempo previsto pela lei; foram realizadas análises bivariadas, multivariadas, aplicação de testes estatísticos e modelos de regressão logística. Para a componente qualitativa realizaram-se quinze entrevistas semiestruturadas e analisadas através da técnica de análise de conteúdo.

Resultados: O número mediano de ações de tutela interpostas pelos indivíduos no período do estudo foi um (P25=1 e P75=2). As instituições que mais frequentemente violaram o direito à saúde foram principalmente seguradoras do regime contributivo (54,3%) e subsidiado (40,8%). As causas que levaram o utente a interpor a ação de tutela estão diretamente relacionadas com as barreiras. Na componente quantitativa predomina a negação de cuidados de saúde (55,9%) e a seguir a demora injustificada na autorização dos serviços (28,2%). Outras causas foram detectadas na componente qualitativa como elevados tempos de espera para obter consultas de especialidade, ausência de cuidados de saúde, dificuldade no acesso a medicamentos e/ou equipamentos e cobrança de taxas moderadoras ou copagamentos. Relativamente às sentenças da ação de tutela, 95,9% foram decididas a favor do utente, tendo demorado, em média, cerca de 10,9 dias (DP=8,0), em 70,6% dos casos a sentença foi dada no tempo regulamentado. Segundo os participantes, o acesso aos cuidados de saúde ocorreu em 76,2% dos casos, em 14,0% o acesso foi apenas parcial e em 9,8% não ocorreu. Os pacientes com acesso parcial e sem acesso, mesmo com uma sentença favorável, depararam-se com barreiras administrativas como elevados tempos de espera e a dificuldade no processo de marcação de consultas de especialidade e exames nos centros de saúde, indisponibilidade e/ou entrega incompleta de medicamentos e produtos médicos de uso contínuo, especialmente nos pacientes com doenças crônicas e de alto custo. O número mediano de dias que foram necessários até o utente ter acesso aos cuidados de saúde solicitados foi de 10 dias (P25=3 e P75=20). O acesso aos serviços no tempo regulamentado ocorreu em 17,9% dos casos e nos restantes casos (82,1%) houve incumprimento da legislação em vigor porque o acesso levou mais tempo.

Conclusões: A judicialização do direito à saúde evidencia as deficiências no acesso aos cuidados de saúde. No entanto, mostra oportunidades de melhorias através do desenho e a implementação de políticas de saúde efetivas que protejam e garantam o direito à saúde da população colombiana. Recomenda-se fortalecer a ação de tutela do ponto de vista jurídico através da implementação de ações de vigilância e de controlo para que as sentenças sejam efetivamente cumpridas.

Palavras-chave: judicialização da saúde, ação de tutela, direito à saúde, barreiras de acesso.

Abstract

Introduction: The judicialization of health arose as the possibility of judicially demanding the right to health before national and international courts. In the specific case of Colombia, the health litigation is done through a constitutional tool called tutela action for the immediate protection of fundamental rights.

Objective: Analyze the influence of the tutela action in the access to health services in Medellín, Colombia during the period of 2011-2014.

Methods: A retrospective cross-sectional study that adopted a mixed methodological approach. For the quantitative component, there was selected a probabilistic sample of 1031 users, with a precision error of 3%, a confidence coefficient of 95% and an estimate of 0.5 of the favorable decision to the user. Bivariate and multivariate analyzes, using statistical tests and logistic regression models, were performed. For the qualitative component, 15 semi-structured interviews were carried out and analyzed throughout a content analysis.

Results: The median number of tutela actions interposed by individuals in the study period was 1 (P25=1 and P75=2). Institutions that violated the right to health were insurers of the contributory regime (54.3%) and subsidized (40.8%). The causes that led the user to bring the tutela action are directly related to the barriers. For the quantitative component, the denial of health care (55.9%) and the unjustified delay in the authorization of the services (28.2%) were the most important ones. In addition, other causes were detected in the qualitative component such as high waiting times for consultation with specialists, lack of health care, difficulty in accessing medication and/or equipment, and charging of fees or copayments. Regarding the decisions of the tutela action, 95.9% were judged in favor of the user and were resolved in 10.9 days (SD=8.0). Furthermore, in the 70.6% of the cases, the court decision was given in the regulated time. According to the participants, 76.2% accessed to health services, 14.0% accessed only partially and in 9.8% of cases, it did not happen. Patients with partial access and without access, even with a favorable decision, faced administrative barriers such as high waiting times and difficulties in the process of scheduling consultations with specialists and examinations in health centers; unavailability and/or incomplete delivery of medications and medical products, especially in patients with chronic diseases and high cost. The median number of days it took until the patient had access to the requested health care was 10 days (P25=3 and P75 =20). Access to services in regulated time occurred in 17.9% of the cases, 82.1% the cases there was non-compliance with the legislation in force.

Conclusions: The judicialization of the right to health reveals deficiencies in access to health care. However, it shows opportunities for improvement in the design and implementation of effective health policies that protect and guarantee the right to health of the Colombian population. It is recommended to strengthen the tutela action through the implementation of surveillance and actions of control in order to fulfill the court decisions.

Key words: Judicialization of health, tutela action, right to health, access barriers

Índice

1. Introdução	11
1.1 A ação de tutela	22
1.2 O incidente de desacato	23
1.3 Descrição do sistema de saúde colombiano	24
1.4 Barreiras de acesso aos cuidados de saúde	28
1.5 Caracterização geral da Colômbia	29
1.5.1 Caracterização sociodemográfica da cidade de Medellín	29
1.5.2 Caracterização epidemiológica da cidade de Medellín	31
1.6. Informação básica da <i>Personería de Medellín</i>	34
1.6.1 Funções das <i>Personerías</i>	34
1.6.2 Funções específicas da <i>Personería de Medellín</i> relacionadas com os direitos humanos	35
1.6.2.1 Investigações em direitos humanos e observatório	35
1.6.2.2 Defesa e proteção dos direitos humanos	35
1.6.2.3 Assessoria na <i>Personería de Medellín</i> para interpor a ação de tutela	36
2. Objetivos	38
2.1 Geral	38
2.2 Específicos	38
3. Material e Métodos	39
3.1 Tipo de estudo	39
3.2 População	39
3.3 Período da recolha de dados	39
3.4 Critérios de inclusão dos processos/inquiridos	39
3.5 Componente quantitativa	40
3.5.1 Tipo de estudo	40
3.5.2 Desenho do questionário	40
3.5.3 Variáveis estudadas	41
3.5.4 Pré-teste ao questionário	42
3.5.5 Amostragem e tamanho da amostra	43
3.5.6 Trabalho de campo	44
3.5.7 Informatização dos questionários	45
3.5.8 Controlo de qualidade dos questionários	46
3.5.9 Base de dados em SPSS	46
3.5.10 Procura dos casos no site judiciário	48
3.5.11 Viés e limitações do estudo	49
3.5.12 Análises Estatísticas	50
3.6 Componente Qualitativa	52
3.6.1 Seleção da amostra e recolha da informação	52
3.6.2 Análise da informação	53
3.7 Integração das componentes quantitativa e qualitativa	54
3.8 Orçamento	54
3.9 Aspetos éticos	55
4. Resultados	57
4.1 Resultados da componente quantitativa	57
4.1.1 Aspetos sobre o direito à saúde e manifestações em saúde	59
4.1.2 Características dos pacientes que usaram a ação de tutela em saúde	62
4.1.3 Aspetos relacionados com o estado de saúde do paciente a quem se destinou a ação de tutela	71
4.1.4 Tipos de cuidados de saúde solicitados na ação de tutela por regime de segurança social	74
4.1.5 Características relacionadas com as ações de tutela em saúde e as sentenças	77
4.1.6 Tempo que demora a sentença da ação de tutela	80
4.1.7 Acesso aos cuidados de saúde após a sentença da ação de tutela	83
4.1.8 Incidente de desacato: por incumprimento da sentença da ação de tutela	89
4.1.9 Características dos pacientes que morreram	94
4.1.10 Modelação da decisão do juiz no tempo previsto pela lei, tendo em conta um conjunto de variáveis independentes	95

4.1.11 Modelação do acesso a cuidados de saúde nos tempos legais tendo em conta um conjunto de variáveis independentes	98
4.2. Resultados componente qualitativa.....	102
4.2.1 Caraterização da amostra	102
4.2.2 Apresentação e descrição das categorias e subcategorias da análise qualitativa.....	105
Parte I: Antes de interpor a ação de tutela	107
4.2.3 Valorizações e perceções do direito à saúde e do sistema de saúde.....	107
4.2.4 Gravidade da doença e consequências	110
4.2.5 Acesso aos cuidados de saúde antes da ação de tutela	112
4.2.6 Barreiras no acesso aos cuidados de saúde antes de interpor a ação de tutela	113
4.2.7 Causas que levaram o utente a interpor a ação da tutela	115
4.2.8 Estratégias em todo o processo de exigibilidade do direito à saúde.....	119
4.2.9 Processo relacionado com a ação da tutela	120
Parte II: Após a sentença da ação de tutela	122
4.2.10 Acesso aos serviços de saúde com a sentença favorável da ação de tutela	122
4.2.11 Barreiras no acesso aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela	123
4.2.12 Estratégias após emitida a sentença favorável da ação de tutela	124
4.2.13 Estado de saúde e mudanças no estado de saúde do doente após a ação de tutela	126
4.2.14 Valorizações da ação da tutela	129
4.2.15 Sentimentos gerados	130
4.2.16 Sugestões para melhorar o acesso aos cuidados de saúde.....	130
5. Discussão e conclusões	132
6. Recomendações	146
7. Referências	148
8. Anexos	159
8.1 Anexo 1: Operacionalização das variáveis	159
8.2 Anexo 2: Questionário em espanhol	164
8.3 Anexo 3: Perguntas adicionadas e corrigidas após o pré-teste ao questionário	174
8.4 Anexo 4: Guião da entrevista.....	176
8.5 Anexo 5: Consentimento informado componente qualitativa.....	178
8.6 Anexo 6: Dados básicos do destinatário da ação de tutela solicitados nas entrevistas.....	183
8.7 Anexo 7: Exploração do tempo que demora a sentença da ação de tutela e o acesso aos cuidados de saúde por género e por tipo de inquirido.....	184
8.8 Anexo 8: Caraterização da amostra do judiciário	187

Índice de Figuras

Figura 1: Evolução do número de tutelas em saúde interpostas na Colômbia, 1999-2014	16
Figura 2: Evolução do número de tutelas em saúde interpostas em Medellín através da Personería de Medellín, 2011-2016.....	18
Figura 3: Pirâmide populacional da cidade de Medellín, 2015	30
Figura 4: Acha que o direito à saúde na Colômbia é respeitado?	60
Figura 5: Percentagem de inquiridos (Próprio e Familiar/amigo) que acha que a ação de tutela é uma ferramenta com garantia de acesso aos cuidados de saúde.	62
Figura 6: Grupos de idade dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014	63
Figura 7: Idade dos dependentes a cargo dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014.	65
Figura 8: População vulnerável à que pertencem os pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014	65
Figura 9: Distribuição por nível socioeconómico dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014	67
Figura 10: Nível SISBEN (Sistema de identificação e Seleção de Beneficiários) dos destinatários da ação de tutela, 2011-2014	67
Figura 11: Percentagem de inquiridos que referem que tiveram que fazer copagamentos para aceder aos cuidados de saúde	92
Figura 12: Agravamento do estado de saúde desde que interpôs a ação de tutela até receber a sentença da ação de tutela referido pelo próprio e pelo familiar	93
Figura 13: Morte relacionada com a doença pela qual interpôs a ação de tutela referida pelo inquirido... ..	93

Índice de Tabelas

Tabela 1: Percentagem de filiação à segurança social em saúde entre 2005 e 2016 em Medellín	31
Tabela 2: Principais causas de mortalidade Medellín 2010-2015	32
Tabela 3: Cinco primeiras causas de morbilidade no total da população, Medellín 2016	32
Tabela 4: Cobertura de vacinação, Medellín 2010-2015	33
Tabela 5: Total de contactos e questionários realizados	45
Tabela 6: Características relacionadas com a ação de tutela e com quem acionou o recurso judicial	57
Tabela 7: Conhecimento e participação nos protestos em saúde	61
Tabela 8: Características sociodemográficas dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014	63
Tabela 9: Distribuição da zona de residência dos pacientes a quem se destinou ação de tutela, 2011-2014	66
Tabela 10: Principais seguradoras por regime de segurança social dos destinatários da ação de tutela quando foi interposto o recurso constitucional, 2011-2014	68
Tabela 11: Situação profissional do destinatário da ação de tutela quando foi interposto o recurso constitucional, 2011-2014	69
Tabela 12: Características dos cargos, salários e fundo de pensões dos destinatários da ação de tutela que tinham alguma ocupação quando interpuseram a tutela, 2011-2014	70
Tabela 13: Situação prévia relacionada com a saúde do destinatário da ação de tutela	71
Tabela 14: Classificação CID 10 das doenças dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014	72
Tabela 15: Estado de saúde antes de interpor a ação de tutela auto-reportado e reportado pelo inquirido, 2011-2014	73
Tabela 16: Cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela, 2011-2014	74
Tabela 17: Cobertura dos cuidados de saúde e outras solicitações nos planos de saúde por regime de segurança social	76
Tabela 18: Cobertura dos cuidados de saúde e outras solicitações nos planos de saúde por ano	76
Tabela 19: Assessoria para a interposição da ação de tutela	77
Tabela 20: Instituição que viola o direito à saúde, segundo o inquirido	78
Tabela 21: Motivos para interposição da ação de tutela por regime de segurança social	78
Tabela 22: Decisões da ação de tutela	80
Tabela 23: Tempo que demora a sair a sentença da ação de tutela	81
Tabela 24: Perceção do tempo de demora da sentença	81
Tabela 25: Cumprimento do prazo da sentença da ação de tutela por regime de segurança social	82
Tabela 26: Cumprimento do prazo da sentença da ação de tutela por ano	82
Tabela 27: Acesso aos cuidados de saúde por regime de segurança social depois de receber a sentença favorável da ação de tutela	83
Tabela 28: Tempo que demora para o paciente aceder aos cuidados de saúde solicitados depois de receber a sentença da ação de tutela	84
Tabela 29: Cumprimento do prazo previsto na lei para aceder aos cuidados de saúde após receber a sentença da ação de tutela por regime de segurança social	85
Tabela 30: Cumprimento do prazo previsto na lei para aceder aos cuidados de saúde após receber a sentença da ação de tutela por seguradora	85
Tabela 31: Cumprimento do prazo previsto na lei para o acesso por tipo de cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela	86
Tabela 32: Cumprimento do prazo previsto na lei para aceder aos cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela por ano 2011-2014	88
Tabela 33: Incidente de desacato	90
Tabela 34: Acesso aos cuidados de saúde após emitida a sentença favorável do incidente de desacato por regime de segurança social	91
Tabela 35: Acesso aos cuidados de saúde - global	92
Tabela 36: Regressões logísticas simples para modelar a decisão do juiz no tempo previsto pela lei	95
Tabela 37: Regressão logística múltipla para modelar a variável decisão do juiz no tempo previsto pela lei	97
Tabela 38: Regressões logísticas simples para modelar o tempo de acesso aos cuidados de saúde no tempo previsto pela lei após a decisão favorável do juiz	98

Tabela 39: Regressão logística múltipla para modelar a variável tempo de acesso aos cuidados de saúde no tempo previsto pela lei após a decisão favorável do juiz	100
Tabela 40: Caraterização dos entrevistados parte qualitativa	102
Tabela 41: Caraterização sociodemográfica dos destinatários da ação de tutela	103
Tabela 42: Regime de segurança social e seguradoras dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela	104
Tabela 43: Caraterização das doenças dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela	105
Tabela 44: Perspetiva global das categorias e subcategorias	105
Tabela 45: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelo próprio por género	184
Tabela 46: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelo próprio por género	184
Tabela 47: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou em aceder aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela relatada pelo próprio por género	184
Tabela 48: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou em aceder aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela relatada pelo próprio por género	185
Tabela 49: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género	185
Tabela 50: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género	185
Tabela 51: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou em aceder aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género	186
Tabela 52: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género	186

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADRES Administradora dos Recursos do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde

CID Classificação Internacional de Doenças

CTC Conselho Técnico Científico

DANE Departamento Administrativo Nacional de Estatística

ECAT Eventos Catastróficos e Acidentes de Trânsito

EPS Empresa Promotora de Saúde (seguradora)

ESE Empresa Social do Estado (centro de saúde público)

FOSYGA Fundo de Solidariedade e Garantia

ICBF Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar

IPS Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

POS Plano Obrigatório de Saúde

PIDESC Pacto Interamericano de Direitos Económicos, Sociais e Culturais

RC Regime Contributivo

RS Regime Subsidiado

SISBEN Sistema de Identificação e Seleção de Potenciais Beneficiários para Programas Sociais

SGSSI Sistema Geral de Segurança Social Integral

SGSSS Sistema Geral de Segurança Social em Saúde

SOAT Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito

SUPERSALUD Superintendência Nacional de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

1. Introdução

O direito à saúde estabeleceu-se em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e encontra-se descrito no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), no qual, a saúde é definida como um direito social, estando definidos os compromissos do Estado para uma cobertura universal que contribua para atingir altos níveis de saúde física e mental (1). Este direito também está integrado na Carta Social Europeia de 1961; na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial de 1965; na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres de 1979; na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981; na Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989; na Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993 e noutros instrumentos internacionais (2).

Dado que o direito à saúde é um conceito muito amplo que está fortemente vinculado a outros direitos humanos e aos determinantes sociais da saúde, nomeadamente, à disponibilidade de água potável e de condições sanitárias, habitação, alimentação, trabalho digno e decente, educação e igualdade de género, determinantes estes que são fundamentais para que a população possa desfrutar de uma saúde integral e uma vida digna, é importante realçar que, no presente trabalho, este conceito apenas será utilizado no âmbito do acesso aos cuidados de saúde. Este conceito encontra-se, assim, enquadrado num sistema de saúde que proporcione uma igualdade de oportunidades no acesso aos programas de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, acesso a medicamentos, saúde materno-infantil e reprodutiva (1). Para além disso, as pessoas pertencentes a este sistema de saúde terão informação suficiente para cuidar da sua saúde e, no caso de passarem por um processo de doença, podem aceder de forma oportuna, contínua e com qualidade aos cuidados de saúde.

Tendo presente que nem sempre é possível aceder aos cuidados de saúde por razões não atribuíveis à população, compreende-se que os pacientes sentem que, por vezes, as suas necessidades não são satisfeitas pelo sistema. Esta situação pode ocorrer, por exemplo, devido à falta de oportunidade e de continuidade nos cuidados, que pode dar-se pela interrupção do tratamento, iniquidades no acesso a serviços de saúde específicos, nomeadamente no acesso a medicamentos, à falta de qualidade, inexistência ou falta de disponibilidade dos serviços, tecnologias e pessoal de saúde competente.

Assim como também pela discriminação nos cuidados prestados e pela imposição de barreiras administrativas, económicas e geográficas por parte de seguradoras e/ou prestadores de saúde e, ainda, devido à falta de integralidade, pois, por vezes, não são fornecidos os serviços na sua totalidade. Por estas razões, ou outras, os pacientes recorrem cada vez mais aos tribunais para obter o acesso aos cuidados de saúde (3). Deste modo, surgiu o que se designa de *judicialização da saúde*, entendida como a possibilidade de se exigir judicialmente o direito à saúde perante os tribunais nacionais e internacionais (3). A *judicialização da saúde* é um fenómeno político, cultural, social e económico que precisa de algum tipo de regularidade para afirmar que o poder Judiciário foi atingido socialmente como uma instituição que efetiva o direito à saúde (4).

A intervenção judicial é um mecanismo útil para a promoção do direito à saúde e para pressionar os governos a cumprirem as suas obrigações constitucionais, bem como os objetivos acordados nos tratados (5). Para além disso, a *judicialização* pode evidenciar as limitações das políticas de saúde e a necessidade de se atualizarem os programas dos sistemas de saúde, bem como as suas diretrizes clínicas (6).

De acordo com Gloppen (2010) (7), o sucesso na *judicialização* pode ser avaliado a partir de três perspetivas diferentes: 1. Sucesso no tribunal, 2. No sentido material, 3. No sentido social.

1. **O sucesso no tribunal** representa o critério imediato de sucesso, ou seja, ter uma decisão favorável e em tempo útil. Contudo, este não implica necessariamente medidas posteriores.

2. **O sucesso no sentido material** traduz-se em que medida o processo judicial melhora a situação dos litigantes, tendo em consideração o estado de saúde dos indivíduos em questão. Este critério de sucesso exige que se tenha em consideração a adaptação das ordens do tribunal, bem como a sua implementação. Para além das implicações para os litigantes, o processo judicial pode influenciar o direito à saúde em outros grupos da sociedade.

3. Assim, justifica-se que o terceiro critério para a avaliação do sucesso da *judicialização* seja **o sucesso no sentido social**. Para se proceder à sua avaliação é necessário analisar se a decisão do tribunal influencia a mudança de políticas e se ocorre a implementação coletiva desta decisão de modo a que o sistema de saúde se torne mais

equitativo e beneficie membros da sociedade mais vulneráveis ou se, em vez disso, ocorre uma distorção dos gastos com a saúde em favor de grupos de pacientes já privilegiados.

O sucesso do processo no tribunal, no sentido lato da palavra, não dá garantia de uma melhoria das condições de saúde. Um resultado positivo pode não conduzir ao sucesso em termos sociais, não ocorrendo uma melhoria do direito à saúde da população mais desprotegida, em particular, e o contrário também pode ocorrer. Em todo o caso, pode-se considerar que um processo judicial pode providenciar um ponto crítico para a mobilização através do impulso que pode dar à advocacia e aos processos políticos, independentemente do sucesso em tribunal (7).

Para efeitos de análise, o processo judicial pode ser concebido em quatro fases distintas, designadamente: 1. Reivindicações 2. Adjudicação 3. Implementação e 4. Resultado social (7).

1. **Reivindicações:** nesta fase os litigantes reivindicam o acesso à saúde, serviços, medicação, determinantes básicos de saúde e reclamam situações de má prática, má administração e corrupção nos serviços de saúde.

2. **Adjudicação:** nesta fase reflete-se o que acontece no tribunal. Esta depende dos litigantes, mas também da capacidade de resposta e de decisão dos juízes. É influenciada pela natureza do tribunal, pelo seu lugar no sistema judicial e também pela composição do tribunal, bem como pela competência dos juízes. A adjudicação é ainda influenciada pela estrutura de oportunidade legal, ou seja, pelas barreiras e oportunidades que o sistema jurídico apresenta.

3. **Implementação:** esta fase diz respeito ao que acontece depois de o tribunal ter proferido a sua decisão e depende, em parte, da própria decisão. Pode ser distinguida entre duas formas de aplicação: o cumprimento estrito de acordo com o acórdão e a implementação a longo prazo, que é vista tendo em conta o impacto sistémico ou tendo em conta mudanças estruturais nas políticas de saúde e no sistema de saúde.

4. **Resultado social:** esta fase é relativa ao impacto real da decisão na saúde da sociedade, na qualidade, no acesso aos serviços de saúde e sobre os determinantes básicos de saúde (7).

O direito à saúde tem sido reconhecido na Constituição e pelos tratados internacionais ratificados pelos Estados de cada país (8). Neste contexto, surge a *ação de tutela* (também denominada como *recurso de amparo ou proteção jurídica*). Esta

encontra-se consagrada na maioria das constituições a nível internacional e tem como finalidade proteger os direitos fundamentais dos cidadãos. A *ação de tutela* está suportada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), artigo Nº 8; na Declaração Americana dos Direitos do Homem (1948), artigo Nº 18; no Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos, artigo Nº 14, e na Convenção Americana sobre os Direitos Humanos, artigo Nº 8, subscrito na Costa Rica em 1970 (2).

Analisando a situação específica da **Colômbia**, constata-se que a Constituição de 1991 determina que a saúde e a segurança social são serviços públicos regulados pelo Estado, que podem ser prestados por entidades públicas ou privadas. Nos artigos Nº 48 e Nº 49 da Constituição é estabelecido o direito à segurança social e o direito à saúde para todas as pessoas e é estipulado que a prestação dos serviços deve atender os princípios de eficiência, universalidade e solidariedade. Para as crianças existem dois artigos adicionais - Nº 44 e Nº 50 - onde é exposto o direito à saúde (9).

A Constituição da Colômbia reconhece o direito à saúde com um carácter dual. Por um lado, o direito à saúde é reconhecido como um direito individual fundamental, seja por uma razão de ligação ou, como ocorre no caso do direito à saúde das crianças, por ser fundamental e por estar expresso na disposição constitucional. Por outro, é reconhecido como um direito de carácter assistencial. De igual modo, a Corte Constitucional, reconhece que o, *“direito à saúde engloba um conjunto de elementos que se podem agrupar em dois grandes blocos: o primeiro, que o identifica como predicado imediato do direito à vida, pelo que atentar contra a saúde das pessoas equivale a atentar contra a sua própria vida. É por isso que o direito à saúde tem carácter de direito fundamental. O segundo bloco de elementos situa o direito à saúde com um carácter assistencial localizado nas referências funcionais do denominado Estado Social de Direito, no sentido em que o seu reconhecimento impõe ações concretas”* (9). A esta dupla qualidade do direito fundamental e assistencial, por ligação ou por disposição constitucional expressa, soma-se uma terceira: a saúde como direito de índole coletiva na sua aceitação de salubridade pública, que envolve tanto o seu carácter fundamental, como assistencial (9).

A saúde em geral começou a ser entendida como um direito fundamental por linha jurisprudencial, desde 1992, com as sentenças T-505, T-536 e T-613. Contudo, é a sentença T-859 de 2003 que define a saúde como um direito fundamental autónomo e não

relacionado com os planos de benefícios. No ano de 2008, com as sentenças C-463 e T-760¹, fica expressa de maneira clara a fundamentação do direito à saúde. Finalmente, por linha legislativa, o Congresso da República aprovou, a 16 de fevereiro de 2015, a Lei estatutária № 1751 que regula o direito fundamental à saúde e dita outras disposições.

A referida lei implica o reconhecimento social de um direito essencial para garantir a dignidade humana e a igualdade de oportunidade dos cidadãos. Esta lei define que o direito à saúde é autónomo e irrenunciável do ponto de vista individual e coletivo, e compreende o acesso aos cuidados de saúde de maneira eficaz e com qualidade para a prevenção, a melhoria e a promoção da saúde. Estabelece também que o Estado adotará políticas para assegurar a igualdade de trato e oportunidades no acesso aos serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e palição (10).

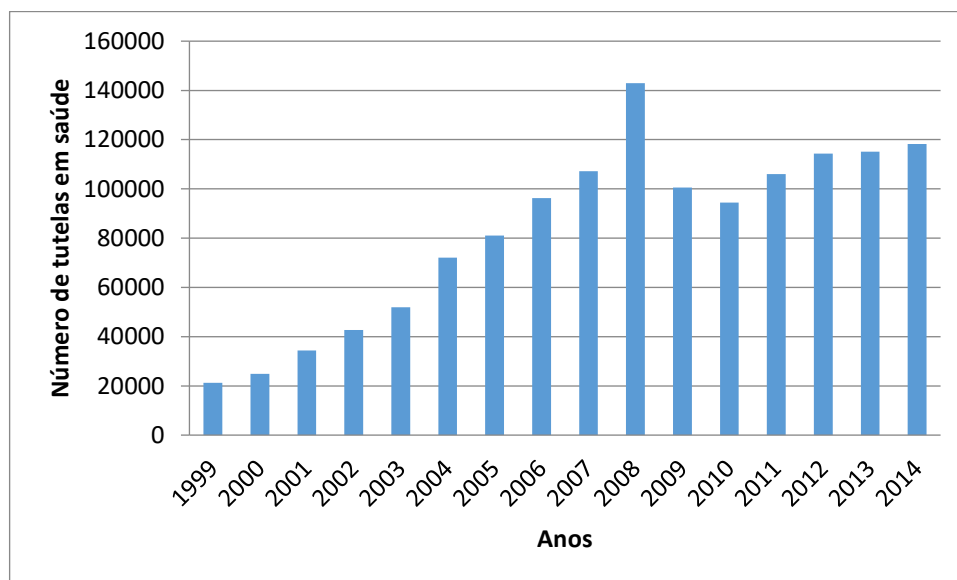
A Lei № 100 de 1993 desenvolveu os direitos consagrados na Constituição e criou o *Sistema Geral de Segurança Social em Saúde* (SGSSS). O SGSSS regula o serviço público essencial da saúde e cria condições de acesso a toda a população, através de dois regimes: o **contributivo**, ao qual se afilia a população assalariada e com capacidade de pagamento, quer sejam empregados, reformados ou trabalhadores independentes, e o **subsidiado** que inclui as pessoas pobres identificadas através do *Sistema de Seleção de Potenciais Beneficiários para Programas Sociais* (SISBEN) cuja garantia de sobrevivência é subsidiada pelo Estado. Os indivíduos que não estão incluídos em nenhum destes dois regimes denominam-se **pobres não assegurados** (11).

Neste sentido, quando os pacientes sentem que os seus direitos estão postos em causa, nomeadamente porque o sistema de saúde não atende as suas necessidades de saúde, uma vez que foi criado um mercado de seguros no qual as seguradoras aplicam estratégias de contenção de custos e de eficiência microeconómica (12), que limitam a garantia do direito à saúde da população, os utentes, protegidos pela Constituição, vêm-se na obrigação de exigir o seu direito à saúde, mediante mecanismos constitucionais como a *ação de tutela*, como medida de proteção judicial imediata dos seus direitos fundamentais.

Segundo as estatísticas nacionais da *Defensoría del Pueblo*, no período 1999-2014 como se ilustra na figura 1, o número de ações de tutela aumentou continuamente até

¹ Todas as sentenças podem ser consuladas no site da *Corte Constitucional*
<http://www.corteconstitucional.gov.co/>

2008. Nos anos de 2009 e 2010 verificou-se uma diminuição, havendo uma inversão desta tendência a partir de 2011.



Adaptado de: *Defensoría del Pueblo* (2014)

Figura 1: Evolução do número de tutelas em saúde interpostas na Colômbia, 1999-2014

De acordo com a *Defensoría del Pueblo* (2004), o relatório correspondente ao período de 1999 até ao primeiro semestre de 2003, demonstrou que do total das ações de tutela instauradas pelos colombianos (565.323), 25,7% (145.360) invocavam o direito à saúde. O mesmo estudo (13) destacou um importante aumento ocorrido de 31,6% no ano 2003. Um segundo relatório do período 2003-2005 assinalou que no último ano deste período foram interpostas 224.270 ações de tutela, mais 13% do que em 2004 e mais 160% do que em 1999 (14). Adicionalmente, cerca de 56,4% das ações de tutela apresentadas reclamavam um serviço de saúde ao qual, legal e regulamentarmente, os utentes têm direito e que, portanto, deveria ser garantido sem necessidade de uma ação jurídica. O terceiro relatório da *Defensoría*, realizado no período 2006-2008, relativo ao direito à saúde, demonstra que milhares de colombianos seguem por esta via para reclamar os seus direitos na saúde e que mais de um terço das ações de tutela interpostas no país são para solicitar serviços de saúde. De facto, no ano 2008, das 344.468 ações de tutela, 142.957 (41,5%) visavam exigir o direito à saúde. Destaca-se ainda deste estudo

que Antioquia aparece em primeiro lugar, seguido de Bogotá e Valle, com 31,7%, 12,8% e 11,3% respectivamente (15).

No quarto relatório da *Defensoría del Pueblo* constata-se que o número de ações de tutela continua a aumentar, estando descrito o pedido de 370.640 tutelas no ano 2009 e 403.380 no ano 2010. No entanto, a percentagem de tutelas referentes a saúde diminuiu de 27,1%, em 2009, para 23,4% em 2010 (16). Esta diminuição deve-se à promulgação da sentença T760 no ano 2008, pela Corte Constitucional, na qual ficou estabelecido que o direito à saúde é um direito fundamental e na qual foram publicadas um conjunto de ordens específicas com o propósito de garantir o direito à saúde. Ainda de acordo com este relatório, é de realçar que aproximadamente 80% das tutelas em saúde foram decididas a favor do utente, em primeira instância, para os dois anos mencionados (16).

No quinto relatório da *Defensoría del Pueblo* do ano 2011, o total de ações de tutela ascendeu a 405.359. Nesse ano, a percentagem de tutelas em saúde voltou a aumentar e fixou-se em 26,1%, sendo que 80,4% das tutelas em saúde foram a favor dos utentes em primeira instância (17).

O sexto relatório da *Defensoría del Pueblo* do ano 2012 indica que o número total de ações de tutela foi de 424.400, das quais, 26,9% eram ações de tutela em saúde, e dessas 80,6% foram concedidas a favor do utente em primeira instância (18). No sétimo relatório da *Defensoría del Pueblo* do ano 2013, as tutelas ascenderam a 454.500 e a percentagem de tutelas em saúde permaneceu quase igual relativamente à do ano anterior (25,3%) (19). Por fim, no relatório da *Defensoría del Pueblo* do ano 2014, o total de tutelas aumentou para 498.240, destas 23,7% são ações de tutela para se exigir o direito à saúde (20). Das tutelas em saúde requeridas, 81,0% foram concedidas a favor do utente em primeira instância (19).

Os relatórios da *Defensoría del Pueblo* entre 1999 até 2008 também evidenciaram que os juízes demonstram uma tendência de garantir a proteção do direito à saúde, já que uma alta percentagem das sentenças são a favor dos utentes (mais de 80%) e chamam à atenção que uma proporção significativa das razões evocadas nas tutelas estão incluídas nos planos de benefícios, tanto do regime contributivo (65%), como do subsidiado (75%), isto é, serviços pagos pelo Estado. Já em relação às solicitações de medicamentos, em aproximadamente 80% dos casos, não estão incluídos nos planos de benefícios.

Passando à situação **específica da cidade de Medellín**, segundo as estatísticas da Personería de Medellín, no período 2008- 2016, a *Personería* apresentou 65.291 tutelas em saúde (21–26). No período 2011-2014, o número de ações de tutela tem diminuído. No entanto, nos anos 2015 e 2016 a tendência é contrária como se ilustra na figura 2, registrando em 2016 um aumento de 37,5% comparativamente com o ano anterior (26).

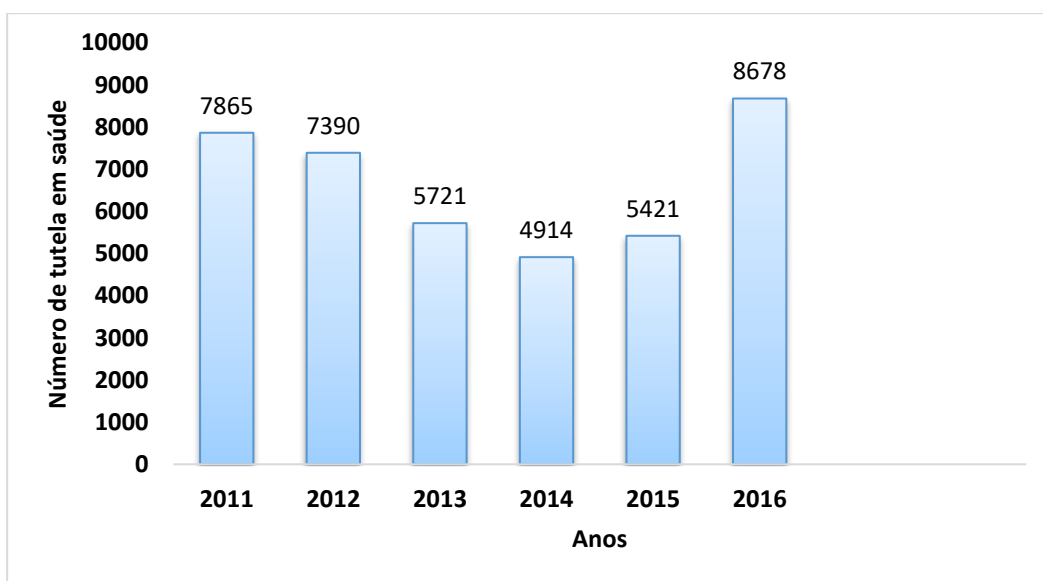


Figura 2: Evolução do número de tutelas em saúde interpostas em Medellín através da Personería de Medellín, 2011-2016

Rodriguez *et al* (27) descrevem uma investigação realizada em Medellín, no ano de 2008, sobre a violação do direito à saúde, expressa nas solicitações e ações de tutela transitadas no período de 2001-2007, com uma amostra de 384 processos de tutelas conservados nos tribunais da cidade. Os autores constataram que 88% das pessoas filiadas no regime contributivo e 57% no regime subsidiado interpuseram uma ação de tutela para solicitar atenção em saúde, medicamentos e serviços de saúde incluídos no respectivo Plano Obligatório de Saúde (POS). Neste estudo, 33% exigiam exames de diagnóstico e 29% consultas de especialidade, tendo os autores concluído que em Medellín a ação de tutela tinha-se convertido no meio mais utilizado para o acesso aos serviços de saúde.

De facto, pela análise dos estudos citados, verifica-se um aumento no número de ações de tutela para o acesso a benefícios de saúde, desde 1999 até 2014 no contexto nacional e no contexto da cidade de Medellín, a tendência do aumento começou a partir de 2015, o que, tendo em conta o contexto colombiano, pode traduzir uma maior

consciencialização da comunidade sobre os seus direitos e reconhecimento do sistema judiciário como um meio para exigí-los, particularmente no que diz respeito a medicamentos ou serviços abrangidos pelo sistema de saúde (28).

Relativamente à pesquisa bibliográfica realizada para identificar investigações no **contexto internacional**, de acordo com uma revisão sistemática da temática sobre ações judiciais em saúde, verificou-se que a maioria dos artigos publicados entre 2009 e 2011 são do Brasil (68%), Colômbia (9%) e Inglaterra (6%) (28). Uma concentração de publicações referentes ao Brasil também foi observada em outros estudos, como refere Emmerick *et al* (2013) (29). Essa concentração pode ser devida a três aspetos: o facto da *judicialização* do acesso a medicamentos se ter tornado um problema de magnitude considerável no Brasil, em comparação com outros países; devido à proximidade da conceção e implementação de um sistema único de saúde e devido ao aumento do investimento em pesquisas referentes a assuntos de saúde pública no Brasil (29).

Deve-se ter em consideração que, geralmente, as interpretações judiciais relativas ao direito à saúde sofrem divergências na interpretação entre a Europa e os países da América Latina. Os juízes europeus tendem a priorizar a saúde coletiva ao invés dos direitos individuais (30). Contudo, nos países da América Latina, as ações judiciais são geralmente favoráveis aos indivíduos, sem se considerar o impacto sobre o sistema de saúde e no resto da população. Esta variação pode ser uma consequência das diferenças entre as Leis; entre a disposição dos tribunais em se envolverem nestas questões, e também pode ser consequência da legitimidade do sistema de saúde, que está relacionada com o seu bom ou mau desempenho (28,31). De facto, na Colômbia, os estudos apresentados mostram que as sentenças são favoráveis para o utente em aproximadamente 80% dos casos.

Nos estudos analisados verifica-se que as barreiras no acesso aos cuidados de saúde também são perceptíveis no Brasil. As diferenças dos estudos da Colômbia relativamente aos do Brasil concentram-se em ações judiciais para o acesso a medicamentos. De facto, foi estimado que, no ano 2000, aproximadamente 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que corresponde aproximadamente a 41% do total da população brasileira (32). Para enfrentar esta problemática, os utentes recorrem às ações jurídicas de modo a obrigar o Estado a fornecer a medicação. A título de exemplo, no Estado de Santa Catarina (33) registaram-se 665 ações judiciais contra a

secretaria de saúde desse Estado e todas com resultados favoráveis para o utente, durante um período de estudo de 5 anos (2000-2004). Nessas 665 ações judiciais foram solicitados um total de 1274 medicamentos diferentes, principalmente para o tratamento de hepatite viral C, tratamentos oncológicos, artrite reumatóide, espondilite anquilosante e osteoporose. Em 55,8% dos casos a prescrição provinha de serviços de saúde privados e em 33% de serviços de saúde públicos, existindo uma reduzida percentagem (11,3%) de utilizadores que não foram capazes de identificar a origem do pedido por falta de informação (33).

No ano 2005 identificaram-se 2245 ações judiciais relacionadas com medicamentos contra o Estado do Rio de Janeiro, das quais 2062, em dezembro de 2006, tinham sentença do juiz, sendo que 89% das sentenças foram positivas para os utentes (34). Outro estudo mostra que no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro registaram-se 185 processos judiciais, no ano de 2006, e todos (100%) receberam uma decisão favorável por parte do juiz (35). Nesse mesmo ano, em São Paulo, uma investigação estudou 3007 processos judiciais de solicitações de medicamentos, concluindo que 48% das receitas provinham do sistema de saúde público, 47% do privado e para o 5% restante não se conseguiu estabelecer a origem. Destas, 75% foram interpostas através de um advogado e só 25% pelo sistema de justiça estatal, que é gratuito. Neste estudo constatou-se que 73% dos processos eram de pessoas dos três estratos sociais com menor vulnerabilidade: 1. Nenhuma vulnerabilidade, 2. Vulnerabilidade muito baixa e 3. Vulnerabilidade baixa. (36).

A menor magnitude de interposições de ações de tutela em saúde nos países europeus pode ser entendida pela análise de publicações destes países. Na Inglaterra, que apresentou 6% das publicações da temática entre 2009 e 2011, os desafios legais relativos à alocação dos recursos são vistos pela justiça sob a lógica da razoabilidade e equidade. Os órgãos da justiça reconhecem a legitimidade da racionalização dos recursos financeiros, aconselhando os responsáveis políticos a terem especial atenção aos impactos das decisões tomadas sobre pacientes individuais (37). Na verdade, a justiça apenas intervém nos casos em que considera que o princípio da proporcionalidade foi violado, os direitos comprometidos ou quando as decisões executivas são irracionais.

Segundo Asensi (2013), em Portugal, a cultura política dos cidadãos foi constituída numa perspetiva de afastamento institucional entre o Estado e a sociedade,

principalmente na saúde (4). A interação entre Estado e sociedade civil tornou-se extremamente pontual na saúde, de modo que os mecanismos institucionais de efetivação da saúde passaram a conviver com mecanismos societários construídos a partir da interação comunitária da sociedade-providência. O resultado é que os protestos, em sentido amplo, se tornaram a principal estratégia de interseção entre Estado e sociedade (4).

As publicações de países europeus, como a Inglaterra, também referem que os próprios juízes têm consciência das limitações da sua intervenção e dos impactos negativos que podem ter na comunidade, por isso são mais renitentes em promover uma intervenção dos tribunais em matérias que dizem respeito à distribuição de recursos no sistema de saúde, apesar de considerarem a possibilidade de a população recorrer por essa via (38). Em alguns países europeus os juízes, a fim de tomar uma decisão, consideram os princípios de necessidade médica e urgência, mas não fazem uma interpretação intransigente, uma vez que reconhecem a limitada disponibilidade de recursos (28).

Um outro estudo (39) comparou o número de ações judiciais em saúde no ano 2008 em seis países e determinou que a Colômbia (45.005.782 habitantes) ocupa o primeiro lugar com 3289 por cada milhão de habitantes, seguida do Brasil (191.543.237 habitantes) com 206 ações judiciais, Costa Rica (4.522.124 habitantes) com 109, Argentina (39.714.298 habitantes) com 29, África do Sul (49.319.363 habitantes) com 0,3 e a Índia (1.190.863.679 habitantes) com 0,2 tutelas em saúde por cada milhão de habitantes (40).

Outra investigação estudou 71 casos judiciais em saúde, selecionados através de uma revisão sistemática em países de renda média, dos quais 59 têm sentença positiva; a Colômbia lidera a lista com 28 casos, seguida da Argentina (8 casos), Costa Rica (7 casos), Venezuela (6 casos), Brasil (3 casos), Índia (2 casos) e Bolívia, Equador, San Salvador e África do Sul, todos com um caso. Relativamente ao total de 12 sentenças contra, constata-se que a Costa Rica é o país com mais resultados negativos (3 casos), seguida da Colômbia, Panamá e África do Sul (2 casos); Argentina, Nigéria e São Salvador possuem um caso negativo, não possuindo os outros países nenhum resultado desfavorável (5).

Com base nas publicações analisadas (13–20,41) demonstram que, com uma maior extensão que qualquer outro país, o Tribunal Constitucional da Colômbia exerce

um grande controlo sobre as políticas de saúde. O exemplo colombiano mostra que o aumento do acesso aos tribunais pode, sob determinadas circunstâncias, aumentar a proteção do direito à saúde, bem como potencializar a promoção da equidade e transparência nas definições de cobertura da população e uma maior responsabilização dentro do próprio sistema de saúde. Contudo, mais investigações são necessárias no que diz respeito aos efeitos empíricos do presente acórdão na organização de um sistema integrado de saúde, na definição de orçamento da saúde, bem como na disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde na Colômbia (42).

Apesar do número de publicações científicas sobre este assunto ser escasso, em alguns países como Colômbia (12–19,27), Brasil (32–36), outros países de América Latina (28) e europeus como Inglaterra (3,5), tem sido explorados através de fontes secundárias, nomeadamente com a revisão dos processos preservados nos tribunais, focando-se para além da análise do número e do tipo de sentenças das ações judiciais em saúde, como já foi abordado, salientando os tipos de serviços de saúde mais solicitados, que numa elevada percentagem se encontram cobertos pelos planos de saúde. No caso brasileiro correspondem a medicamentos essenciais (32–36).

Para além disso, verifica-se uma lacuna no que diz respeito à avaliação da eficácia ou impacto das sentenças dadas pelos tribunais no acesso aos serviços de saúde, inicialmente negado pelas seguradoras. Deste modo, realiza-se o presente estudo para dar resposta à seguinte pergunta:

Qual a influência das ações de tutela no acesso aos cuidados de saúde? Objetivando-se responder de acordo com o contexto do sistema geral de segurança social da saúde em Medellín, Colômbia, durante o período 2011-2014.

Face à escassez de informação sobre as questões primordiais do trabalho compreende-se a importância de analisar a temática e constata-se a originalidade do tema, uma vez que aborda tópicos cuja análise carece de informação na corrente literatura.

1.1 A ação de tutela

A Constituição da Colômbia consagrou no artigo № 86, a ação de tutela como um mecanismo para a proteção imediata dos direitos constitucionais fundamentais quando se verifica:

- a) A não proteção do direito à saúde.

- b) O não respeito pelo direito à vida ou a omissão de outro tipo de direitos considerados de conteúdo essencial pela ação.
- c) A ausência de proteção destes direitos por qualquer autoridade pública ou privada (43).

A ação de tutela pode ser exercida em qualquer momento e lugar, por qualquer pessoa que se encontre vulnerável ou ameaçada num dos seus direitos fundamentais, podendo ser praticada pelo próprio ou através de um representante. Também poderá ser exercida pelo Procurador-Geral da Nação, pelo Defensor do Povo e pelos Provedores de Justiça Municipais.

Adicionalmente, pode ser dirigida contra as autoridades públicas, quando, em exercício ou não das suas funções, violem ou ameacem direitos fundamentais. Pode ainda ser dirigida contra particulares, quando estão encarregues da prestação de um serviço público e a sua conduta afeta severa e diretamente o interesse coletivo ou quando o solicitante se ache em estado de subordinação ou indefensabilidade (43).

A sentença da ação de tutela deve ser emitida no máximo em **dez dias úteis** e deve ser cumprida dentro das **quarenta e oito horas seguintes**; caso contrário, o juiz deve requerer a instâncias superiores que garantam o cumprimento da sentença e que se abra o correspondente processo disciplinar. Se, terminado o prazo estipulado, não se cumprir o que foi ordenado, o juiz deve autorizar a abertura de um processo e estipular que se devam adotar todas as medidas para o cabal cumprimento do mesmo. O juiz poderá sancionar por incidente de desacato o responsável até que a sentença seja cumprida (43).

1.2 O incidente de desacato

O **incidente de desacato** é o último recurso que tem o destinatário da ação de tutela para conseguir o cumprimento da sentença judicial. Em caso de incumprimento da sentença, o destinatário da ação de tutela ou quem interpôs a tutela, tem a possibilidade de exigir o cumprimento através de um incidente de desacato. Por esta via, o juiz deve estabelecer objetivamente que a sentença ainda não foi cumprida ou esta foi parcial (44).

A Corte Constitucional expressou que a finalidade do incidente de desacato não é a imposição da sanção e sim uma forma de exigir o cumprimento da sentença. A sanção está definida no Decreto Nº 2591 de 1991 como prisão de até seis meses e uma coima de

20 salários mínimos mensais² para o sujeito responsável pelo não cumprimento da sentença judicial (43).

Apesar de ser o incidente uma medida extrema para conseguir a eficácia da sentença judicial, observou-se no exercício profissional do direito e nas múltiplas consultas que chegam ao Gabinete Jurídico da *Universidad Surcolombiana de Neiva*, que a sentença do incidente pode demorar vários dias e inclusive meses porque no artigo 52 do Decreto № 2591 de 1991 não fixa um prazo determinado para emitir a sentença do incidente de desacato. Só a partir de junho de 2014, a Corte Constitucional estabeleceu que o tempo limite para emitir uma sentença de incidente de desacato é de **dez dias úteis** (45).

1.3 Descrição do sistema de saúde colombiano

O atual sistema de saúde colombiano foi estabelecido mediante a Lei № 100 de 1993 que criou o Sistema Geral de Segurança Social Integral com 4 áreas: saúde, pensões, riscos profissionais e serviços complementares. Para efeitos deste trabalho, só se descreverá a primeira área referente ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS), cuja responsabilidade é a de regular o serviço público de saúde e de criar condições de acesso da população a todos os níveis de cuidados. Esta nova redefinição do sistema muda o subsídio de acordo com oferta e a procura, propondo-se como uma forma de seguro e/ou filiação, para o qual se criaram as seguradoras, cuja principal função é a de organizar e garantir o acesso aos serviços de saúde da população filiada. Como referido anteriormente, a Lei 100 de 1993 criou o SGSSS que criou dois regimes: **o contributivo e o subsidiado**, que atualmente continuam em vigor. Assim, hoje em dia, ao primeiro regime afiliam-se obrigatoriamente os assalariados e trabalhadores independentes com rendimentos iguais ou superiores a um salário mínimo³, isto é, os que têm capacidade de pagamento e ao segundo afilia-se a população mais pobre e vulnerável sem capacidade de pagamento, que é identificada pelo município através do sistema de classificação e identificação de potenciais beneficiários para programas sociais, (SISBEN)⁴ classificados nos níveis 1 e 2, e ainda se afilia a população especial, como por

² 20 Salários mínimos equivalem aproximadamente a 4276 euros.

³ Um salário mínimo para o ano 2017 é de aproximadamente 240 euros.

⁴ SISBEN: Sistema de identificação e seleção de beneficiários. É um inquérito que mede a pobreza e classifica a população em 5 níveis, sendo 1 o nível mais baixo de pobreza e 5 o nível menos pobre. Os níveis mais baixos (1 e 2) têm direito a estar filiados a uma seguradora do regime subsidiado em saúde.

exemplo, idosos em centros de proteção do Estado, crianças abandonadas e a cargo do Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar (ICBF), indigentes, grupos minoritários, como indígenas e negros, entre outros.

A população que não está filiada em nenhum dos dois regimes por falta de recursos denomina-se **população pobre não assegurada**, cujos responsáveis por garantir a prestação dos seus cuidados de saúde são os municípios e as regiões através dos centros de saúde e hospitais públicos. De acordo com o *Questionário de Qualidade de Vida* do ano 2013, 87,7% da população está filiada no sistema de saúde nos regimes contributivo e subsidiado e 7,4% pertence à população pobre não assegurada (46).

Além dos beneficiários anteriores, existem vários grupos que pertencem ao regime especial de segurança social (4,9% da população do país), como é o caso do Magistério (professores afetos ao Ministério de Educação), das Forças Militares, da Polícia Nacional, funcionários das universidades públicas e da Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol) (47).

Desde a implementação do plano obrigatório de saúde, em 1994, verifica-se que os dois regimes foram criados com planos diferenciais que aprofundavam as iniquidades: os filiados ao regime contributivo tinham um plano de benefícios contemplado na Resolução № 5261 de 1994 e os filiados ao regime subsidiado tinham um plano de benefícios menor em comparação com o contributivo, estipulado no Acordo № 306 de 2005, no qual estavam estabelecidos os serviços de saúde a que cada filiado tem direito. No entanto, esta situação foi alterada a 1 de julho de 2012, uma vez que o governo unificou os planos de benefícios de ambos os regimes. Deste modo, os utentes filiados ao regime subsidiado têm direito aos mesmos serviços do regime contributivo estabelecidos no plano obrigatório de saúde vigente, regulamentado pela Resolução № 5521 de 2013. Esta unificação deveu-se a uma ordem dada pela Corte Constitucional através da sentença T760 de 2008, com o propósito de se proteger o direito à saúde, ratificada pela Lei № 1438 de 2011, promovendo uma reforma parcial do sistema de saúde.

Os serviços de saúde que não estão contemplados no atual plano de benefícios e que são requeridos pelos filiados no sistema, bem como os que dizem respeito à população pobre não assegurada, devem ser cobertos pelo respetivo responsável territorial (município ou região) onde reside o utente (Lei № 715 de 2001, Decreto № 806 de 1998, Decreto № 5334 de 2008). Os filiados aos regimes de exceção contemplado no artigo №

279 da Lei 100 de 1993 (Forças Militares, Polícia, Magistério, trabalhadores de Ecopetrol e universidades públicas) estão cobertos pelos planos de benefícios próprios de cada entidade. O sistema não distingue o caráter público ou privado das seguradoras que se regem pelas mesmas normas. As seguradoras de ambos os regimes podem prover os serviços diretamente ou contratar centros de saúde públicos e privados que atuam sobre um estatuto de promoção da concorrência.

Quanto às funções das diferentes entidades que fazem parte deste sistema, estabelecem-se da seguinte maneira: **Direção** (Ministério da Saúde e Proteção Social, Direções Regionais e Municipais da Saúde); **Financiamento** pelo Fundo de Solidariedade e Garantia (FOSYGA) que no ano 2016 passou a chamar-se Administradora dos Recursos do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (ADRES) (48); **Administração** (seguradoras denominadas Empresas Promotoras de Saúde do regime Subsidiado e Contributivo); **Prestação de Serviços** pelas Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) e Empresas Sociais do Estado (ESE) e **Vigilância e Controlo** (Superintendência Nacional de Saúde).

O financiamento é obtido com recursos a contribuições obrigatórias de filiados do regime contributivo, impostos gerais, orçamento nacional, fundos de petróleo, seguro obrigatório de acidentes de trânsito, copagamentos e quotas moderadoras dos utentes. A ADRES coleta de uma forma descentralizada todas as cotações e as atribui a cada seguradora (EPS) com um capital ajustado por risco, de acordo com os custos esperados do plano de benefícios.

Os recursos fiscais que financiam a operação dos hospitais públicos transformaram-se gradualmente em subsídios sobre a procura, nos quais ocorre o pagamento per-capita às seguradoras por cada filiado de modo a financiar o livre acesso da população pobre ao sistema.

Relativamente à administração e à prestação de serviços de saúde, não existem incentivos fiscais, mas também não há controlo dos preços dentro do sistema. O foco da regulação centrou-se na definição de um plano de serviços de acordo com critérios de custo-efetividade e de segurança financeira e centrou-se também no estabelecimento de um sistema de garantia de qualidade. Existe uma descentralização nas negociações salariais, bem como a implementação de liberdade na contratação de seguradoras e prestadores. A prestação dos serviços é realizada pelas IPS (como centros de saúde,

hospitais, clínicas), que têm quatro níveis de complexidade (1-4) e podem ser públicas e privadas, através de contratos com as seguradoras do regime contributivo e subsidiado. Desta maneira, promove-se uma separação e diferenciação de responsabilidades perante as funções de direção do sistema, garantia e prestação de serviços regulados pela ADRES e pelo manual de tarifas designado Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito (SOAT).

Finalmente, para a vigilância e controlo, criou-se a Super Intendência Nacional da Saúde, uma entidade pública especializada no controlo, estando encarregue de:

- i.) Definir os fluxos de informação com um plano único de contas dentro do sistema.
- ii.) Coordenar o sistema de garantia de qualidade.
- iii.) Vigiar as condições de solvência e liquidez das diversas entidades.
- iv.) Resolver as queixas e conflitos dentro do sistema.

De destacar que este organismo que possui a função de controlo não opera na prática, ou se o faz, fá-lo com muita precariedade, entre outras razões, devido à integração vertical e à elevada dimensão e fragmentação do sistema de saúde e, ainda, devido ao poder crescente das seguradoras privadas em impor as suas condições (49).

Dentro desta organização, o sistema garante o acesso à saúde através dos seguintes Planos de Benefícios: Plano Obrigatório de Saúde pelo regime contributivo e subsidiado; Plano Nacional de Saúde Pública 2012-2021; Eventos Catastróficos e Acidentes de Trânsito (ECAT); Atenção Inicial de Urgências e Planos de Saúde Complementares.

As seguradoras de ambos os regimes estão obrigadas a oferecer os serviços de diagnóstico e tratamento e também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ao nível do indivíduo, definidas no plano de benefícios como o conjunto básico de serviços de saúde a que todos os filiados no regime contributivo ou no subsidiado têm direito e que as seguradoras estão obrigadas a garantir. Os seus conteúdos incluem educação, informação e incentivo à saúde e à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes nos diferentes níveis de complexidade, bem como o fornecimento de medicamentos essenciais na sua denominação genérica.

Os cuidados de saúde prescritos pelo médico que não estejam cobertos pelo plano de benefícios devem ser estudados e aprovados pelo Conselho Técnico Científico (CTC) da seguradora (50) e o valor total do serviço será recobrado à ADRES (51). No entanto, a partir do dia 1 de junho de 2017, os CTC foram substituídos por um Sistema de

Informação Online, em que os médicos devem registrar os cuidados de saúde prescritos aos seus pacientes que não tenham cobertura pelo plano de benefícios (52).

1.4 Barreiras de acesso aos cuidados de saúde

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é muito complexo de definir e tem sido abordado por diferentes perspectivas e autores ao longo do tempo, sendo que alguns focaram-se nas características do indivíduo e outros nas características da procura.

Tanahashi (1978) considera o acesso, a prestação e o uso dos cuidados de saúde como o caminho que uma pessoa percorre quando tem um problema de saúde para ser atendida pelos cuidados de saúde. A perda de pessoas nos serviços e programas de saúde resulta em sofrimento que poderia ser evitado (53).

Donabedian (1980) considera que o acesso é o resultado de variáveis que vão para além da disponibilidade dos recursos e centra-se em aspetos socio-organizacionais e geográficos (54).

De acordo com Andersen e Aday (1995), o acesso aos serviços de saúde está influenciado pelas políticas de saúde que determinam as características do sistema de saúde, o tipo de população e o seu nível de risco que influenciam a utilização dos serviços e, portanto, a satisfação dos utentes (55).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005) define o acesso aos serviços de saúde como a organização de uma oferta de serviços que seja geográfica, financeira, cultural e funcionalmente atingível para toda a comunidade. A prestação de cuidados de saúde tem que ser apropriada e adequada em conteúdo e quantidade para satisfazer as necessidades da população (56).

Segundo a OMS, devem-se prevenir e evitar as seguintes barreiras de acesso nos cuidados de saúde (56):

- **Barreiras geográficas:** os cuidados de saúde devem ser acessíveis geograficamente, portanto, significa que a distância, o tempo da viagem e os meios devem ser aceitáveis;
- **Barreiras financeiras:** quer dizer que os serviços devem ser acessíveis porque muitos pacientes, devido aos seus limitados recursos económicos, podem estar no dilema entre escolher pagar os serviços de saúde ou outras necessidades básicas como educação, alimentação, habitação, etc. No entanto, muitos sistemas de saúde em diferentes países têm imposto formas de pagamento direto em forma de taxas moderadoras ou

copagamentos que podem atuar como barreiras de acesso especialmente para a população mais pobre e vulnerável;

- **Barreiras culturais:** ou seja, que a utilização de métodos técnicos e de gestão deve respeitar os padrões culturais da comunidade;

- **Barreiras de tipo funcional:** deve-se proporcionar o tipo de atenção adequada de maneira contínua e com oportunidade;

1.5 Caracterização geral da Colômbia

A presente investigação foi realizada na cidade de Medellín – Colômbia. A Colômbia é um país que se encontra localizado na América do Sul, a norte do subcontinente, e tem uma superfície de 1.141.748 km². Conta com uma população de 48 203.405 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estatística -DANE-, 2015) e a capital é Bogotá, que tem aproximadamente 7 776.845 habitantes. As principais cidades, na sua ordem de importância (após Bogotá), são: Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena das Índias, Cúcuta, Bucaramanga e Santa Marta. O idioma oficial é o espanhol, mas também se falam numerosas línguas indígenas. A esperança de vida para os homens é de 76 anos e para as mulheres de 83 anos (46).

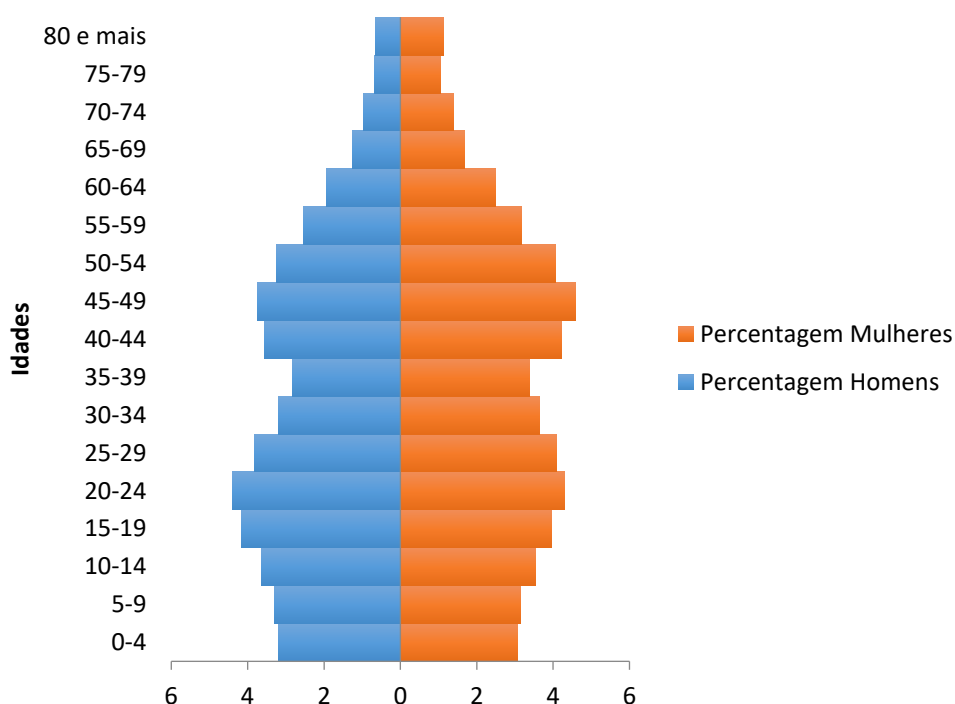
1.5.1 Caracterização sociodemográfica da cidade de Medellín

Na caracterização sociodemográfica incluem-se os seguintes indicadores: população, nível de educação, população com necessidades básicas insatisfeitas e nível de desemprego.

População

Em Medellín destaca-se a diminuição progressiva da população rural, que passou de 2,5% no ano 2000 para 1,2% no ano de 2015 e o consequente crescimento da população urbana. No ano de 2015, a cidade de Medellín contava com 2.464.322 habitantes, dos quais 98,8% residia na área urbana e os restantes em área rural (57).

Na figura 3 observa-se a pirâmide populacional no ano 2015 da cidade de Medellín: a percentagem de mulheres é superior a dos homens com 54,4% e 45,6% respetivamente; a percentagem de homens é maior nos primeiros anos de vida, valor que vai diminuindo progressivamente até ser menor a partir dos 25 anos. Nos últimos anos, verifica-se ainda a diminuição da natalidade e envelhecimento da população.



Adaptado de: DANE, Censo 2005 com projeções para o ano 2015

Figura 3: Pirâmide populacional da cidade de Medellín, 2015

Nível de educação

Do total da população da cidade, 6,3% são analfabetas, 31,4% têm ensino primário e 37,3% têm o ensino secundário. No entanto, o acesso à educação superior é mais limitado e só 17,1% têm educação superior. Porém, estes dados podem estar desfasados da realidade actual, pois correspondem ao último censo realizado em 2005 na Colômbia. Para o ano 2018 prevê-se a realização de um novo censo nacional.

População com Necessidades Básicas Insatisfeitas

Relativamente a percentagem de necessidades básicas insatisfeitas, destaca-se que, no ano de 2005 estava em 16,1% e em 2015 passou a 12,4%, ou seja, em 10 anos, só se conseguiu diminuir em 4,3% esta percentagem, o que corresponde a um indicador de iniquidade (58).

Percentagem de desemprego

A percentagem de desemprego na cidade de Medellín no período 2010-2015 diminui lentamente, já que se verificou uma redução de 0,8%, passando de 12,2% em 2010 a 11,4% no ano de 2015.

A tabela 1 apresenta a percentagem de filiação à segurança social em saúde, desde 2010 até 2016, evidenciando-se o aumento da filiação no regime contributivo que em 2016 se encontrava em 75%, causando um efeito contrário no regime subsidiado. Em 2016, a cobertura de segurança social na cidade foi de 97,9%, indicando que quase toda a população está segura e portanto pode exigir a prestação de cuidados de saúde cobertos pelo plano de saúde (59).

Tabela 1: Percentagem de filiação à segurança social em saúde entre 2005 e 2016 em Medellín

Regime em saúde	2010	2012	2014	2016
	%	%	%	%
Contributivo	66	68	70	75
Subsidiado	27	24	25	21
Especial	0	1	2	2
Pobres não assegurados	7	7	4	2

Adaptado de: inquérito de qualidade de vida de Medellín, 2016

1.5.2 Caracterização epidemiológica da cidade de Medellín

Na caracterização epidemiológica incluem-se apenas alguns indicadores e causas de mortalidade, morbidade e cobertura de vacinação.

Causas de mortalidade

A tabela 2 apresenta as causas de mortalidade nos anos 2010 e 2015. No ano 2010, pode observar-se que as agressões são a principal causa de mortalidade e em 2015 predominam as doenças isquémicas do coração e, adicionalmente, em ambos os anos predominam como terceira e quinta causa de mortalidade as doenças cerebrovasculares e a pneumonia, respetivamente.

Tabela 2: Principais causas de mortalidade Medellín 2010-2015

2010		2015	
Causas	%	Causas	%
Agressões	13,7	Doenças isquémicas do coração	13,4
Doenças isquémicas do coração	13,4	Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	7,7
Doenças cerebrovasculares	7,1	Doenças cerebrovasculares	6,4
Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	6,9	Doenças hipertensivas	5,3
Pneumonia	4,1	Pneumonia	4,7

Adaptado de: inquérito de qualidade de vida de Medellín, 2016

Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por cada mil nascidos vivos

No ano 2005 tinha-se uma taxa de mortalidade de 11,9, passando a 8,5 no ano 2015, evidenciando uma reduzida diminuição em 10 anos (60).

Taxa de mortalidade por desnutrição em menores de 5 anos (por 100.000)

Quanto à taxa de mortalidade por desnutrição, encontra-se uma redução do ano 2005 (4,06) para um registo de zero mortes a partir do ano de 2009 até 2015 (segundo os dados disponíveis) (60).

Causas de morbilidade

A tabela 3 mostra um total de 3.211.985 consultas médicas da população para o ano 2016, a primeira causa corresponde à hipertensão arterial, a seguir de outros sintomas, sinais e análises clínicas anormais não classificados. Esta tabela apresenta um panorama geral das cinco principais causas de morbilidade nos cuidados de saúde.

Tabela 3: Cinco primeiras causas de morbilidade no total da população, Medellín 2016

Causas	%
Hipertensão arterial	11,6
Outros sintomas, sinais e análises clínicas anormais não classificados	7,8
Outras infeções agudas das vias aéreas superiores	2,9
Outras dorsopatias	2,8

Transtornos dos tecidos moles	2,5
-------------------------------	-----

Adaptado de: inquérito de qualidade de vida de Medellín, 2016

Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos

Relativamente à mortalidade materna, em 2005 apresentava uma taxa de 42 mortes por 100.000 nascidos vivos, no ano de 2010 a taxa foi de 17,5 e em 2014 registou-se 14,6. A sua diminuição é considerável e é menor à taxa nacional (15,1) (61).

Cobertura de vacinação

Na tabela 4 pode-se observar uma cobertura superior a 80% em todas as vacinas referidas, aumentando a percentagem no ano 2015, relativamente a 2010, para todas as vacinas listadas.

Tabela 4: Cobertura de vacinação, Medellín 2010-2015

Vacinas	2010 (%)	2015 (%)
Anti pólio	84,5	93,5
BCG (tuberculose)	108,0	111,7
Hepatite B	84,1	93,6
Sarampo e rubéola	96,9	111,9

Adaptado de: inquérito de qualidade de vida de Medellín, 2016

Doenças infecciosas: tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa reemergente, em 2005 a taxa por 100.000 habitantes encontrava-se em 42, registando-se um aumento de 65 no ano de 2010, este aumento pode ser um indicativo da falta de adesão dos pacientes aos tratamentos e a fraqueza dos programas de prevenção e controlo. No entanto, em 2014 a taxa diminuiu para 55 por 100.000 habitantes. Note-se que esta diminuição poderá dever-se ao facto da Secretaria de Saúde de Medellín ter melhorado o programa de deteção precoce dos casos através da formação e acompanhamento permanente dos profissionais de saúde da rede pública hospitalar (62).

1.6. Informação básica da *Personería de Medellín*

As “personerías” municipais foram criadas como entidades encarregues de exercer o controlo administrativo no município, contando com autonomia orçamental e administrativa. As “personerías” exercem as funções do Ministério Público, que lhes confere a Constituição e a Lei; assim como as designadas pela Procuradoria-Geral da Nação. Ao Personero municipal compete-lhe cumprir as suas funções de Ministério Público, a defesa e promoção dos direitos humanos, a proteção do interesse público e a vigilância dos funcionários públicos (63).

1.6.1 Funções das *Personerías*

A Lei nº 136 de 1994, no artigo 178, estabelece que o Personero exercerá no município as funções de Ministério Público, além das outras funções que determinem a Constituição, a Lei e os Acordos, nomeadamente:

- Velar pelo cumprimento da Constituição, as leis, os acordos e as sentenças judiciais;
- Receber queixas e reclamações sobre o funcionamento da administração e efetivar os direitos e interesses dos cidadãos;
- Realizar visitas, inspeções e as atuações que considerem oportunas em todas as dependências da administração municipal para o total cumprimento das suas atribuições em matéria do tesouro público municipal;
- Orientar os cidadãos nas suas relações com a administração, indicando-lhes onde se devem dirigir para a resolução dos seus problemas;
- Velar pela efetividade do direito de petição. Por isso, deve instruir quem deseje apresentar uma petição, ou escrever um documento, e não pode ou não sabe fazê-lo;
- Exigir das autoridades as medidas necessárias para impedir a propagação de epidemias e assegurar a proteção da diversidade e integridade do meio ambiente e a conservação de áreas de especial importância ecológica;
- Vigiar a conduta oficial dos vereadores, empregados e trabalhadores do município, verificar o desempenho de seus deveres, levar a cabo as investigações disciplinares e impor as sanções, de acordo com a normatividade vigente;

- Procurar a defesa dos direitos e interesses do cidadão, promovendo e desenvolvendo ações pedagógicas para o conhecimento dos mesmos e vigiando de maneira eficaz o cumprimento das disposições legais por parte dos produtores e provedores de bens e serviços;

1.6.2 Funções específicas da *Personería de Medellín* relacionadas com os direitos humanos

1.6.2.1 Investigações em direitos humanos e observatório

O objetivo deste processo é descrever como identificar e analisar problemáticas relacionadas com a vulnerabilidade de direitos humanos, gerando resultados que contribuam para a formulação, ajuste e avaliação de políticas públicas e o fortalecimento dos processos internos da Entidade. Procura-se que através da Linha de Investigação e Desenvolvimento, se amplie o conhecimento teórico e prático relacionado com o controlo social e a gestão pública a partir de estudos académicos, desenvolvimento de políticas públicas locais e regionais e experiências significativas dos observatórios cidadãos, suas redes e outros grupos de controlo social, assim como os avanços da democratização da gestão pública (63).

Como vigilantes do ordenamento constitucional e legal, os observatórios que implementaram a *Personería de Medellín* devem fornecer ganhos substanciais à cidade na proteção dos direitos humanos dos cidadãos. Assim, no novo contexto do Plano Estratégico Institucional da *Personería de Medellín*, prevê-se o apoio em investigações científicas, sociais, económicas, políticas e de outra natureza que contribuam para o cumprimento dos objetivos do Ministério Público, e, consequentemente, com isso, elaborar documentos que sirvam como material de apoio para as atividades académicas e para a formulação de políticas municipais (63).

1.6.2.2 Defesa e proteção dos direitos humanos

Este processo visa gerir e promover ações dirigidas para garantir a defesa, proteção e promoção dos direitos humanos na cidade de Medellín, compreendendo o processo de atendimento ao Público, assim como participar nas diferentes atividades na procura da proteção dos direitos humanos. Apoiar os gabinetes judiciais e penais

(Promotorias e Tribunais) para conhecer os trâmites e/ou decisões com o fim de exercer as ações legais, dando garantia do devido processo e dos direitos dos intervenientes processuais; assim como na intervenção nos processos civis com o fim de averiguar que não se tenha violado o devido processo. Igualmente, realiza visitas de verificação de violação de Direitos Humanos nos lugares que por sua natureza, são vulneráveis a este tipo de situações, como por exemplo: centros de reclusão transitória, hospitais, lares geriátricos e locais públicos de alto impacto social (63).

1.6.2.3 Assessoria na *Personería de Medellín* para interpor a ação de tutela

A assessoria e a orientação dos utentes na *Personería de Medellín* estão dadas em 5 partes (64):

1. Atendimento e orientação dos utentes: é realizada pelos auxiliares da *Personería de Medellín* que orientam os utentes sobre os requisitos mínimos que devem cumprir para interpor a ação de tutela, nomeadamente quando o direito fundamental tenha sido posto em causa, especificamente no direito à saúde. As provas são: o diagnóstico da doença, a prescrição médica, a negação do serviço e que não tenha outro mecanismo administrativo ou judicial para proteger esse direito de forma imediata. Após a verificação dos requisitos pelo advogado, desencadeia-se uma ação de tutela, e no caso de faltarem provas, o processo fica suspenso até o utente apresentar os documentos.

2. Assessoria e análise do caso pelo advogado assessor: o advogado procede à verificação da informação no sistema e verifica se o utente já tinha interposto a tutela pelos mesmos factos. Neste caso, exige-se-lhe a sentença anterior, a impugnação da sentença ou incidente de desacato ou a realização de uma nova ação de tutela, desde que não altere o princípio de “sentença transitada em julgado”⁵. O advogado assessor após ouvir ao utente, determina se o direito à saúde terá sido posto em causa e procede à revisão da documentação necessária (e.g., a história clínica, a prescrição médica, a negação do serviço por escrito por parte da seguradora e o conceito do Conselho Técnico Científico, aceitando ou negando o serviço).

⁵ A sentença transitada em julgado está relacionada com a sentença judicial que não admite a interposição de mais outro recurso.

3. Redação da ação de tutela: o documento final da ação de tutela deve conter a ação ou omissão da vulnerabilidade, o direito que supostamente foi violado, a entidade que viola o direito à saúde, uma descrição das circunstâncias que permitam ao juiz tomar uma decisão adequada.

4. Entrega do documento escrito da ação de tutela e as indicações para o utente: toda a informação da ação de tutela é inserida e guardada no sistema de informação da Personería, vinculada ao número de documento de identidade do destinatário da ação de tutela. O documento escrito da ação de tutela é entregue ao utente, com os anexos e os documentos comprovativos necessários e restantes indicações para entregar a documentação no tribunal. A Personería informa e orienta o utente sobre a revisão do cumprimento, por exemplo, quando existe uma medida provisória e a entidade não está a dar cumprimento, deve interpor um incidente de desacato em caso de incumprimento da sentença da ação de tutela.

5. Entrega da ação de tutela no serviço: a entrega pode ser realizada pelo próprio, por um familiar ou por outra pessoa autorizada. Depois de recebida a ação de tutela pelo funcionário, o sistema selecciona aleatoriamente um tribunal, sendo o utente informado sobre o tribunal, código atribuído e o nome do juiz. A partir deste momento, começam-se a contar os dez dias úteis para que o tribunal emita a sentença. A notificação da sentença, tanto para o utente como para a entidade que viola o direito à saúde, pode ser realizada por telefone, telefax, email e/ou de forma pessoal.

2. Objetivos

2.1 Geral

Analisar a influência da ação de tutela em saúde no acesso aos cuidados em saúde no contexto do sistema geral de segurança social em saúde, em Medellín, Colômbia, durante o período 2011-2014.

2.2 Específicos

1. Explorar a importância das manifestações para exigir o respeito do direito à saúde;
2. Descrever as características dos pacientes que usaram a ação de tutela em saúde;
3. Identificar os determinantes e as barreiras de acesso que conduziram ao uso da ação de tutela em saúde;
4. Caracterizar as doenças dos utentes e os tipos de cuidados de saúde solicitados na ação de tutela;
5. Caracterizar as sentenças das ações de tutela em saúde;
6. Comparar as sentenças de tutela a favor dos utentes com o grau de cumprimento e acesso real aos serviços de saúde;
7. Identificar as consequências no estado de saúde dos utentes no caso de existir incumprimento nas sentenças favoráveis;
8. Descrever a percepção dos pacientes vulneráveis e com doenças de alto custo (ou dos familiares) sobre o acesso aos serviços de saúde antes e depois de interpor a ação de tutela;
9. Modelar a decisão do juiz no tempo previsto pela lei, tendo em conta um conjunto de variáveis independentes como idade, género, tipo de regime de segurança social, etc;
10. Modelar o acesso a cuidados de saúde nos tempos legais tendo em conta um conjunto de variáveis independentes como idade, género, tipos de cuidados de saúde solicitados, etc;

3. Material e Métodos

3.1 Tipo de estudo

Este estudo adotou uma abordagem metodológica mista, cujo propósito foi obter uma maior variedade de perspectivas do problema: frequência, amplitude, generalização e magnitude (quantitativa), bem como profundidade, entendimento e complexidade (qualitativa) (65).

3.2 População

A população foi constituída pelos utentes que interpuseram ações de tutela em saúde nos anos 2011, 2012, 2013 e 2014, através da Personería de Medellín, totalizando 25.890 registos nos anos referidos⁶. A base de dados para a amostragem aleatória foi solicitada pelo investigador principal ao Observatório pelo Direito Fundamental à Saúde da Personería de Medellín, sendo aprovado o pedido. A informação foi fornecida em ficheiros, em formato Excel, para cada ano.

3.3 Período da recolha de dados

Como associado a cada processo existem um número de telefone ou telemóvel para contacto, procurou-se localizar o utente da ação da tutela ou o responsável pela interposição dessa ação. A recolha dos dados, por aplicação de um questionário por telefone e posteriormente por entrevistas a um subgrupo, decorreu entre setembro de 2015 e janeiro de 2017.

3.4 Critérios de inclusão dos processos/inquiridos

- Processos de utentes filiados ao sistema geral de segurança social em saúde, pertencente ao regime contributivo, subsidiado, especial ou pobres não assegurados.
- Ter interposto ação de tutela para aceder aos cuidados de saúde nos anos referidos.
- Ter um número de telefone ou telemóvel no processo para contacto.
- O inquirido pode ser o próprio utente da ação de tutela ou quem interpos a ação. Por exemplo, nos casos dos destinatários da ação de tutela menores de 18 anos de idade, ou

⁶ Na base de dados é provável que hajam utentes que têm mais de um processo, no entanto, na amostra não foram encontrados este tipo de casos.

destinatários incapacitados ou que faleceram, o inquirido e/ou entrevistado foi o responsável que interpos a ação pelo menor ou utente falecido.

3.5 Componente quantitativa

3.5.1 Tipo de estudo

Na componente quantitativa foi realizado um estudo transversal, observacional e analítico. É o método por excelência de extrapolação de resultados e é sob a sua égide que os fenómenos são mais facilmente mensuráveis (66). Este foi o estudo utilizado para dar resposta aos objetivos específicos 1, 3, 4, 5, 6, 9, e 10.

O estudo assumiu um caráter transversal porque foi realizada uma “radiografia” num momento específico (67). Este estudo também foi observacional, uma vez que a investigação não envolveu intervenção sobre os indivíduos em estudo, mas antes uma observação destes e das suas características. Para além disso, foi analítico, no sentido em que pretendeu não só descrever as variáveis em estudo, mas também estabeleceram-se comparações e exploram-se relações entre elas, não só descritivas como inferenciais, e também modelando possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes (66–68).

3.5.2 Desenho do questionário

Um dos instrumentos de recolha de dados mais utilizados no método quantitativo é o questionário (67). É fácil elaborar um questionário, mas não é fácil elaborar um bom questionário (67). Um dos pressupostos fundamentais para a elaboração de um bom questionário é a correta formulação do problema de investigação e hipóteses, bem como a operacionalização de variáveis (ver anexo 1). O seu pré-teste também é fundamental para obter questões que sejam claras para os entrevistados, sendo fundamental ter em conta as suas especificidades culturais e educacionais, entre outras.

Foi desenhado um questionário para recolher a informação (anexo 2), para tal fez-se uma revisão bibliográfica para determinar as variáveis já estudadas e as que ainda não tinham sido estudadas, de forma a responder aos objetivos deste trabalho. Note-se que o questionário foi construído em espanhol, sendo o autor nativo nesta língua. De seguida faz-se um resumo dos principais grupos de variáveis contempladas no questionário.

3.5.3 Variáveis estudadas

A **caracterização sociodemográfica** do destinatário da ação de tutela contemplou as seguintes variáveis: idade, gênero, estado civil, número e tipo de dependentes, habilitações, cidade e bairro de residência, entre outros.

Relativamente a **caraterização da segurança social** do destinatário da ação de tutela contemplou as seguintes variáveis: tipo de regime de segurança social (contributivo, subsidiado, especial, nenhum), nome da seguradora, plano de saúde especial (sim, não), se estava filiado a um fundo de pensões (sim, não), entre outros.

Em relação à **caraterização socioeconómica e laboral** do destinatário da ação de tutela contemplou as seguintes variáveis: situação ocupacional (empregado, desempregado, estudante, trabalhador por conta própria, dona de casa, reformado, outro), nome do cargo, tipo de contrato (sem contrato, a termo certo, a termo incerto, prestação de serviços, outro) e salário.

Quanto à **caraterização do estado de saúde** do destinatário da ação de tutela contemplou as seguintes variáveis: diagnóstico, data do diagnóstico, gastos de bolso em saúde, hospitalização prévia à ação de tutela, incapacidade temporária prévia à ação de tutela e estado de saúde auto-reportado pelo próprio/reportado pelo familiar/amigo que interpôs a ação de tutela (muito bom, bom, normal, mais ou menos mau, muito mau, não sabe).

Em relação às **perceções do direito à saúde e conhecimento das manifestações** por parte do inquirido (tanto do próprio como do familiar/amigo que respondeu ao questionário) contemplou as seguintes variáveis: acha que a saúde é um direito humano fundamental (sim, não, não sabe), acha que na Colômbia respeita-se o direito à saúde (sim, não, não sabe), conhecimento das manifestações em saúde (sim, não), participação nas manifestações no período do estudo (sim, não), razões para não participar nas manifestações (sem interesse, não pode, falta de tempo, doença grave, medo, outro) e se acha que as manifestações em saúde são ouvidas pelo governo (sim, não, as vezes).

Relativamente à **caraterização da ação de tutela, do incidente de desacato e os serviços solicitados** para o destinatário da ação de tutela contemplou-se as seguintes variáveis: número de ações de tutela interpostas nos últimos 5 anos pelo grupo familiar, número de ações de tutela interpostas nos últimos 5 anos para o destinatário da ação de tutela, conhecimentos prévios da ação de tutela (sim, não), sugestão para interpor a ação

de tutela (iniciativa do próprio, médico, advogado, familiar, amigo, outros), recorreu a outra instituição diferente à Personería de Medellín para interpor a ação de tutela (sim, não, qual), quem interpôs a ação de tutela (o próprio, familiar, amigo, advogado, outro), instituição que viola o direito à saúde segundo o inquirido, razão para interpor a ação de tutela, cuidados de saúde e outras solicitações pedidos na ação de tutela (consulta de especialidade, medicamentos, cirurgia, tratamento, análises clínicas, etc.), conhecimentos da medida provisória (sim, não), solicitou a medida provisória (sim, não), tipo de tribunal que emitiu a sentença da ação de tutela (civil, penal, administrativo), número de dias que o juiz demorou em dar a sentença, percepção do tempo que demorou a sentença (curto, normal, longo), tipo de sentença da ação de tutela (a favor/em contra), o utente conseguiu aceder aos serviços de saúde com a sentença da ação de tutela (sim, parcial, não), tempo de que demorou em aceder aos cuidados de saúde após emitida a sentença da ação de tutela, percepção do tempo do acesso (curto, normal, longo), conhecimentos do incidente de desacato (sim, não), quantos incidentes de desacato interpôs para a ação de tutela, instituição que –não cumpriu com a sentença, número de dias que demorou o juiz em emitir a sentença do incidente de desacato, percepção do tempo para conseguir aceder aos cuidados de saúde com a sentença do incidente de desacato (sim, parcial, não), tempo de que demorou em aceder aos cuidados de saúde após emitida a sentença do incidente de desacato, pagamento de taxas moderadoras ou copagamentos para aceder aos cuidados de saúde solicitado na ação de tutela (sim, não), acha que o estado de saúde do destinatário da ação de tutela piorou enquanto esperava pela sentença (sim, não, não sabe), acha que a ação de tutela é uma ferramenta efetiva para garantir o acesso aos cuidados de saúde (sim, algumas vezes, não, não sabe).

Por fim o **registro do óbito** do destinatário da ação de tutela (se aplicável) contemplou as seguintes variáveis: o destinatário da ação de tutela morreu (sim, não), a morte poderá estar relacionada com a doença relatada na ação de tutela (sim, não, não sabe) e data da morte.

3.5.4 Pré-teste ao questionário

O questionário foi aplicado pelo telefone em espanhol entre julho e agosto de 2015 pelo investigador principal a 50 utentes que recorreram à Personería de Medellín em busca de assessoria na interposição da ação de tutela para aceder aos cuidados de saúde.

Os casos foram selecionados de forma aleatória a partir da base de dados de ações de tutela interpostas no ano 2011 porque foi o primeiro ficheiro a ser fornecido.

Em cada chamada telefónica, foi solicitado à pessoa que interpôs a ação de tutela (seja o próprio ou um familiar/amigo), que ouvisse a leitura do consentimento informado que contém o objetivo da investigação, a razão do convite, os riscos que a investigação apresenta, os direitos que tem e os dados de contato do investigador, tal como se descreve no anexo 2. Após leitura do consentimento, perguntou-se ao inquirido se este aceitava participar na investigação e se estaria disponível para dar resposta às perguntas do questionário. O tempo médio de realização do inquérito foi de 25 minutos (em alguns casos, porque os inquiridos sentem necessidade de relatar o sucedido exaustivamente, o tempo necessário para o efeito, foi superior).

Nesta fase, foram ajustadas e corrigidas determinadas perguntas do questionário, melhorando e clarificando algumas das perguntas - ver os detalhes no anexo 3.

3.5.5 Amostragem e tamanho da amostra

O processo de amostragem utilizado foi a amostragem estratificada, correspondendo cada estrato ao ano de recolha dos dados (69). Este tipo de amostragem foi usado por questões logísticas, dado que a base de dados foi entregue em ficheiros em Excel por cada ano. A população alvo foi constituída pelos cidadãos que interpuseram uma ação de tutela na Personería de Medellín no decurso dos anos 2011 a 2014 (N= 25890); sendo a distribuição por ano de 30,4% (2011), 28,5% (2012), 22,1% (2013) e 19,0% (2014).

O erro máximo do processo amostral foi de 3%, com um coeficiente de confiança de 95% e admitindo uma estimativa de 0,50 para a probabilidade do juiz decidir no tempo regulamentar, uma vez que conduz a um tamanho máximo (69). Esta opção pela estimativa que conduz ao tamanho máximo também se deve a alguns cruzamentos de variáveis qualitativas com mais categorias, de forma a não inviabilizar a análise estatística, por falha dos pressupostos.

A dimensão da amostra a recolher não deveria ser inferior a 1025 sujeitos, que correspondem a cerca de 4% do total de indivíduos da população em estudo. Realizando uma amostra estratificada por ano e proporcional ao tamanho de cada estrato, têm-se para o ano 2011, 311 questionários; no ano 2012, 293 questionários; no ano 2013, 226

questionários e no ano 2014, 195 questionários. Para acautelar as perdas por mudança de domicílio, contactos inativos, omissos ou de recusas em participar no estudo ainda foram adicionados mais 2%.

No final, por estrato⁷, as dimensões das amostras alcançadas são as seguintes: 2011-311; 2012-293; 2013-227 e 2014-200, resultando um total de 1031 questionários, superando o tamanho amostral mínimo calculado inicialmente (n=1025). A recolha da informação iniciou-se em setembro de 2015 tendo terminado em setembro de 2016.

3.5.6 Trabalho de campo

Cerca de 75% dos questionários foram aplicados pelo investigador principal e os outros 25% contaram com apoio de uma enfermeira que foi treinada no processo de recolha dos dados. O apoio da enfermeira foi imprescindível para cumprir com os prazos estabelecidos na bolsa porque tinha uma duração de 34 meses.

Os questionários foram aplicados por telefone por ser um processo rápido de obter informação e devido a que algumas investigações referem que este método não afeta a qualidade dos dados (70) e a maioria das pessoas aceitam participar nas investigações em saúde (71). A base de dados continha, em cada registo, um número de telefone fixo e/ou telemóvel de contato do destinatário da ação de tutela ou do familiar/amigo que interpôs o recurso judicial. À totalidade dos processos (n=25890) foi atribuído um código para gerar os processos aleatoriamente.

No trabalho de campo procedeu-se com os seguintes passos:

1. Gerou-se aleatoriamente o código do processo
2. Obteve o processo
3. Leitura do processo (resumo do caso)
4. Procura do número de telefone fixo/telemóvel que consta no processo
5. Em cada chamada foi pedida a colaboração à pessoa que interpôs a ação de tutela (seja o próprio ou o familiar/amigo), de seguida o indivíduo foi informado do objetivo da investigação, a razão do convite, os riscos que a

⁷ No capítulo de resultados não há muitas comparações por ano porque não há diferenças significativas. No entanto, em algumas variáveis há alguma variação segundo o ano, como por exemplo o tempo que demora a sentença da ação de tutela e o tempo que demora em aceder aos cuidados solicitados, entre outros.

investigação apresentava, os direitos que tinha e os dados de contato do investigador (informação do consentimento informado oral).

6. Perguntou-se ao inquirido se aceitava participar na investigação e a sua disponibilidade para dar resposta às perguntas do questionário e iniciavam-se as perguntas.

Quando a pessoa que interpôs a ação de tutela não se encontrava em casa ou não estava disponível para atender a chamada, perguntava-se o horário mais conveniente e depois repetia-se a chamada. Após três tentativas de chamada em diferentes horários sem sucesso (de manhã, à tarde, à noite e/ou aos fins de semana) o participante foi substituído por outro caso selecionado aleatoriamente (tabela 5).

Tabela 5: Total de contactos e questionários realizados

Ano	Números de telefones fixos/telemóveis inativos⁸	Número de pessoas retiradas do estudo após três tentativas de chamadas⁹	Recusas em participar	Total questionários realizados	Total contatos
2011	790	177	18	311	1296
2012	707	130	16	293	1146
2013	582	179	18	227	1006
2014	288	103	17	200	608
Total	2367	589	69	1031	4056

3.5.7 Informatização dos questionários

A informatização dos questionários foi executada num formulário desenhado em googledocs feito com a mesma estrutura do questionário em papel. Os questionários foram digitalizados neste formulário e a informação foi armazenada em Microsoft Excel e posteriormente transferidos para SPSS de forma a tirar partido da recodificação e criação de novas variáveis.

⁸ Números de telefone inexistentes, a pessoa tinha mudado de domicílio, não conheciam a pessoa, sem informação de contato na base de dados

⁹ As três tentativas de chamada foram feitas em diferentes horários, de manhã, à tarde e noite

3.5.8 Controlo de qualidade dos questionários

Depois de informatizados todos os questionários, o ficheiro Excel foi validado de forma a corrigir eventuais erros, tendo-se verificado toda a informação digitalizada de modo a perceber se todas as respostas coincidiam com a informação do questionário registado no Google.

3.5.9 Base de dados em SPSS

Em fase posterior, a informação contida na base de dados do Excel foi transposta para o programa SPSS, tendo-se procedido à recodificação de algumas variáveis (quantitativas e qualitativas).

De seguida, a base de dados foi sujeita a uma limpeza adicional, tendo-se tirado estatísticas descritivas (e.g., frequências) para identificar os erros.

Criação de variáveis:

- a) **Zona de residência:** para criar a variável zona de residência, teve-se em conta o bairro em que reside o destinatário da ação de tutela. Em Medellín existem 16 comunas, conformadas pelos diferentes bairros (72). Foram criados rótulos de 1 ao 17, sendo o 1 a comuna 1, o 2 a comuna 2 e assim sucessivamente até chegar ao 17, que é a zona rural da cidade. Depois identificou-se o bairro no qual reside o destinatário da ação de tutela, verificou-se a que comuna pertence o bairro, por exemplo, o bairro Poblado pertence à comuna 14, então digitou-se o número 14, o bairro Robledo pertence à comuna 7, e assim se realizou esta classificação para 79% dos indivíduos da amostra que residem na cidade de Medellín. Uma vez classificados todos os bairros em cada uma das comunas, procedeu-se à classificação nas 7 zonas que conformam a cidade de Medellín (73):

Zona 1 – Nororiental: comunas 1, 2, 3 e 4

Zona 2 – Norocidental: comunas 5, 6 e 7

Zona 3 - Centro oriental: comunas 8, 9 e 10

Zona 4 - Centro ocidental: comuna 11, 12 e 13

Zona 5 - Suroriental: comuna 14

Zona 6 - Suroccidental: comunas 15 e 16

Zona 7 - Zona rural

- b) **Qualificação do cargo:** para os trabalhadores que tinham alguma ocupação, criou-se a variável de qualificação do cargo (não qualificado, pouco qualificado e qualificado), para esta classificação teve-se em conta a classificação do DANE¹⁰ (74).
- c) **Classificação Internacional de Doenças CID 10:** nesta variável criaram-se 22 opções de resposta que correspondem aos XXII capítulos, segundo a CID 10 (75). Para cada diagnóstico procurou-se nos capítulos da CID 10 para determinar a qual pertencia. Por exemplo, se o diagnóstico é Alzheimer corresponde ao Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais e, portanto, digitou-se o número 5. Todo este processo foi realizado para os 1031 questionários.
- d) **Cobertura nos planos:** Para os filiados do regime contributivo criou-se um plano de saúde chamado “POS” (Plano Obrigatório de Saúde) que contém os serviços para a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento médico e cirúrgico e uma listagem de medicamentos essenciais. Para os filiados ao regime subsidiado definiu-se que teriam direito a uma parte do POS do regime contributivo, que equivale aproximadamente a 70%. No entanto, a partir do ano 2009, o plano de saúde de ambos os regimes foi atualizado ao mesmo nível. Portanto, para classificar a cobertura em ambos os regimes foram usadas as mesmas normas legais.

Ano 2011: para classificar a cobertura dos cuidados de saúde e outras solicitações no POS (Plano Obrigatório de Saúde) do ano 2011, tomaram-se em conta as seguintes normas legais: acordo nº 008 de 2009, com os seus anexos - anexo 1: listagem de medicamentos e anexo 2: listagem de procedimentos cirúrgicos.

Ano 2012 e 2013: para classificar a cobertura das solicitações nas ações de tutela do ano 2012 e 2013 realizou-se o mesmo procedimento do ano 2011. No entanto, para estes anos, teve-se em conta a atualização dos planos de saúde concebidas através do acordo nº 029 de 2011 que entrou em vigência em 2012.

Ano 2014: para as solicitações deste ano usou-se a legislação vigente, que corresponde à resolução nº 5521 de 2013 e os três anexos, o primeiro corresponde à

¹⁰ DANE é a instituição responsável pelo planeamento, processamento, análise e difusão das estatísticas oficiais na Colômbia.

listagem de medicamentos cobertos pelo plano de saúde, o segundo às cirurgias e procedimentos cirúrgicos e o terceiro às análises clínicas.

Todos os cuidados de saúde e outras solicitações foram procurados na legislação em vigor descrita anteriormente e recodificou-se da seguinte forma: 1. Coberto. 0. Não coberto e 2. Misto. Quando o cuidado de saúde ou outra solicitação foi encontrado na legislação, colocava-se 1 (coberto pelo plano de saúde), caso contrário digitava-se 0 (não coberto) e se um paciente tinha várias solicitações, por exemplo, um medicamento coberto pelo plano de saúde e outro não coberto, classificou-se como cuidados ou outras solicitações mistas e colocava-se 2.

- e) **Cumprimento/não cumprimento do tempo para emitir a sentença da ação de tutela:** criou-se esta variável determinando o tempo estipulado na legislação vigente (decreto nº 2591 de 1991) que estabelece que a sentença deve ser dada no máximo em dez dias úteis. No entanto, como as respostas dadas pelos inquiridos não foi dada em dias úteis, recodificou-se em 14 dias para incluir dois fins-de-semana. Desta forma, ficou a sentença dada em menos de 14 dias como cumprimento e superior a 14 dias como incumprimento da legislação.
- f) **Cumprimento/não cumprimento do tempo para aceder aos cuidados de saúde após recebida a sentença da ação de tutela:** para a criação desta variável também se teve em conta a legislação em vigor (decreto nº 2591 de 1991), que estabelece que o acesso aos cuidados de saúde após emitida a sentença deve ser em menos de 48 horas, portanto recodificou-se como “cumprido” se o paciente conseguiu acesso em menos de dois dias e “não cumprido” se o tempo foi maior a 2 dias.

3.5.10 Procura dos casos no site judiciário

De entre os 1031 processos analisados na componente quantitativa foram selecionados 490 casos, para os quais em 179 casos se obtiveram informações adicionais no site do judiciário: <http://procesos.ramajudicial.gov.co/consultaprocesos/>, os restantes processos não estavam disponíveis. De referir que o site é de livre acesso ao público.

Para a pesquisa de informação, acedeu-se ao site, selecionou-se a cidade de Medellín e procurou-se nas 24 entidades aí presentes toda a informação pertinente. O processo de procura foi o seguinte: clicar na entidade, por exemplo, Tribunal

Administrativo de Antioquia (Escritural), selecionar a opção de consulta desejada, por nome ou razão social e escreveu-se o nome completo. Quando não se obtinham resultados, tentava-se apenas com o primeiro e segundo nome ou outras combinações. Este foi o procedimento, caso a caso, para o total das 24 entidades que aparecem no site do judiciário.

O processo de busca foi muito complexo e demorado porque as 24 entidades nem sempre se encontravam ativas (todos os dias, pelo menos uma ou mais entidades encontravam-se inativas).

Do site retirou-se informação quanto ao tipo de tribunal que emitiu a sentença da ação de tutela, a data de registo da ação de tutela, a data em que foi dada a sentença, se houve impugnação da sentença e se registaram incidentes de desacato. Basicamente com esta informação calculou-se o tempo da sentença da ação de tutela, e posteriormente, foi comparada com o tempo dado pelo inquirido, com o objetivo de verificar se os relatos dos tempos da sentença indicados pelos inquiridos eram semelhantes aos registados oficialmente.

3.5.11 Viés e limitações do estudo

Viés de seleção: Para o controlo do viés de seleção, a amostra foi selecionada aleatoriamente de entre todos os processos da *Personería de Medellín* no período 2011 a 2014, de forma a alcançar a representatividade dos indivíduos que recorreram à ação de tutela.

Viés de memória: Geralmente os questionários estão sempre sujeitos a viés de memória e quanto mais afastados do período do estudo, pior será esse viés. Essa investigação estudou uma subamostra para confrontar os dados relatados referentes ao tempo da decisão do juiz com os dados oficialmente registados no site do judiciário que é de acesso ao público. Encontram-se diferenças significativas na variável relativa ao tempo da decisão do juiz, sendo maior o tempo da sentença do juiz nos dados oficiais do processo em relação aos relatos dos inquiridos, daí ter-se feito alguns ajustes em algumas análises.

Não foi possível trabalhar com a totalidade dos processos da cidade de Medellín, a *Personería de Medellín* detêm aproximadamente 50% dos processos da cidade. Os

outros 50% correspondem às ações de tutela tramitadas por fundações, universidades, pela *Defensoría del Pueblo*, a Procuradoria-Geral, entre outros.

Tanto a *Defensoría del Pueblo* (instituição que publica anualmente os relatórios nacionais com as estatísticas da judicialização da saúde na Colômbia) como o judiciário da região de Antioquia detém a totalidade dos processos da cidade de Medellín, por esta razão foi solicitado o acesso à informação a ambas as instituições, mas não se obteve resposta.

Portanto, seria importante replicar o estudo em outras cidades e se possível com a totalidade dos processos para determinar se o fenómeno apresenta um comportamento similar à cidade de Medellín.

3.5.12 Análises Estatísticas

A análise estatística de dados deste estudo foi realizada com recurso ao programa SPSS versão 24 (76).

Em primeiro lugar, os dados foram analisados sob uma perspectiva exploratória. Na análise exploratória foram apresentadas estatísticas descritivas que dizem respeito ao cálculo de frequências absolutas e relativas, no caso de variáveis nominais ou ordinais, e médias e desvios padrão, no caso de variáveis contínuas com distribuição normal, testada com os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (77). Neste estudo foi utilizada a correção de Lilliefors que diz respeito ao facto da distribuição teórica em causa ser do tipo normal sem se conhecer os seus parâmetros (média e desvio padrão). Nas variáveis que não apresentaram distribuição normal foi apresentada a mediana, considerada como um estimador mais robusto que a média, complementada com a amplitude inter-quartil como medida de dispersão (68).

A associação das variáveis nominais foi testada com o teste Qui-Quadrado, ou teste de Fisher, quando falha o pressuposto do máximo de 20% de células com valor esperado inferior a 5 (77).

A importância das manifestações para exigir o respeito do direito à saúde (**objetivo 1**), as características dos pacientes destinatários da ação de tutela (**objetivo 2**) e a caracterização das doenças dos utentes e os tipos de serviços de saúde solicitados (**objetivo 4**) foram realizadas com base no cálculo de frequências absolutas e relativas

das variáveis categóricas (ex. sexo, nível socioeconómico, tipo de doença, serviços de saúde solicitados) e médias e desvios padrão ou medianas e amplitudes inter-quartil das variáveis quantitativas com ou sem distribuição normal (ex. idade, tempo entre a decisão e o acesso aos cuidados de saúde). Estas análises foram complementadas com o cálculo das estatísticas Qui-Quadrado ou Fisher para a comparação de proporções entre as variáveis categóricas e a comparação de médias ou medianas com os testes T-Student ou de Mann-Whitney (66).

A caracterização das sentenças das ações de tutela em saúde (**objetivo 5**) foi realizada com recurso ao cálculo de frequências absolutas e relativas de variáveis como: qual o tribunal que emitiu a sentença de tutela.

Para a exploração do **objetivo 6** foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou teste de Fisher para comparar as proporções do grau de cumprimento e acesso real aos cuidados de saúde, tendo em conta as sentenças de tutela favoráveis, ou não, ao utente.

Para a exploração dos **objetivos 9 e 10** foram utilizados modelos de regressão logística. Estes modelos utilizam a função logit $(p) = \alpha + \beta x$ e a interpretação é baseada no valor de *Odds Ratio* (OR), em que $OR = e^{\beta}$. O OR mede a associação entre exposição a um fator e um evento. Numa tabela de 2x2 diz respeito à probabilidade de ocorrência do evento dada a exposição ao fator, comparada com a probabilidade de ocorrência do evento na ausência de exposição ao fator (68,78). O OR pode ser calculado como $OR = \frac{EE \times ES}{nEE \times nES}$, em que EE = nº de eventos que estiveram expostos ao fator, ES = nº de eventos que não estiveram expostos ao fator, nEE = nº de não eventos que estiveram expostos ao fator e nES = nº de eventos que não estiveram expostos ao fator. Da mesma forma a regressão logística simples permite obter esta estimativa. Por outro lado, usando regressões logísticas múltiplas pode obter-se os OR ajustados para possíveis fatores de confusão.

No **objetivo 9** foi modelada a decisão do juiz no tempo previsto na lei, tendo em conta um conjunto de variáveis independentes (fatores). Neste caso, o OR refere-se ao impacto de cada variável independente no aumento ou diminuição da chance de decisão do juiz no tempo previsto na lei. Neste modelo foram primeiramente realizadas as regressões logísticas simples para cada variável independente e foram incluídas no modelo as variáveis independentes com significância inferior a $p < 0,10$ e outras relevantes na temática como idade e género mesmo sem significância estatística.

No **objetivo 10** foi utilizado o mesmo procedimento do objetivo anterior ao modelar o acesso aos cuidados de saúde nos tempos legais, tendo em conta um conjunto de variáveis independentes (fatores). Também aqui o OR refere-se ao impacto de cada variável independente no aumento ou diminuição da chance, desta vez do acesso ao cuidado de saúde, decidido em julgamento (ex. ter uma doença mais grave aumenta a chance do acesso ao cuidado de saúde, decidido em julgado). Como no modelo anterior foram realizadas as regressões logísticas simples para cada variável independente e as variáveis independentes com significância inferior a $p < 0,10$ foram incluídas no modelo.

Nos modelos logísticos referentes aos objetivos 9 e 10, o ajustamento do modelo aos dados foi avaliado pelo teste de Hosmer-Lemeshow. A qualidade de ajustamento é adequada quando o p-valor calculado, associado à distribuição χ^2 é superior a 5% (79).

Para além disso, foi calculada a estatística Wald, que tem como objetivo testar se o coeficiente da regressão logística tem significância estatística, i.e., se apresenta um valor significativamente diferente ($p < 0.05$) de zero ou, equivalente, se o $OR = 1$ (79).

3.6 Componente Qualitativa

Para identificar os determinantes e as barreiras de acesso que conduziram ao uso da ação de tutela em saúde (**objetivo 3**), identificar as consequências no estado de saúde dos utentes no caso de existir incumprimento nas sentenças favoráveis (**objetivo 7**) e descrever a perceção dos pacientes vulneráveis e com doenças de alto custo (ou dos familiares) sobre o acesso aos serviços de saúde antes e depois de interpor a ação de tutela (**objetivo 8**), usou-se uma abordagem qualitativa que tende a fazer ressaltar o significado do fenómeno estudado nos indivíduos. A investigação qualitativa tem como objetivo considerar os diferentes aspetos do fenómeno, do ponto de vista dos participantes. Nesta abordagem, o investigador deve assegurar-se que os dados ou resultados obtidos refletem as experiências e os pontos de vista dos participantes e não os seus (80).

Para explorar o objetivo 8 foram identificados os pacientes com diagnóstico de doenças de alto custo como cancro e de grupos vulneráveis como idosos, crianças e deficientes.

3.6.1 Seleção da amostra e recolha da informação

Os indivíduos foram seleccionados da amostra da componente quantitativa e que tinham aceitado participar na pesquisa qualitativa. No total foram contactadas e

convidadas a participar 38 pessoas, 8 disseram não poder participar por razões laborais, 12 depois de três tentativas de chamadas não se conseguiu estabelecer o contato, 18 aceitaram participar, mas três pessoas não compareceram à entrevista. No final, foram realizadas 15 entrevistas – uma foi efetuada ao próprio, com um familiar como acompanhante, e nas restantes foi um familiar do destinatário da ação de tutela que forneceu as informações, devido à gravidade da doença, à idade, deficiência ou porque o paciente tinha falecido. As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2016 e janeiro de 2017.

A totalidade das entrevistas foram feitas no campus da Universidade de Antioquia por ser um local central na cidade, tendo sido pago o transporte aos entrevistados, sem qualquer outro tipo de pagamento. Foi disponibilizada uma sala de aula e as entrevistas foram realizadas num ambiente tranquilo e sem ruídos que interferissem na comunicação e na gravação. O número de entrevistados foi previamente estipulado entre 10 a 15, tendo-se como referência o nível de saturação teórica (81).

A recolha de informação realizou-se mediante entrevistas semiestruturadas, o que permitiu que o participante desse a conhecer, na sua perspetiva pessoal, a vivência e conhecimento na temática em estudo (anexo 4). A escolha recaiu sobre esta técnica uma vez que permitiu uma orientação inicial que elenca os vários objetivos e informação mais relevante a retirar, com possibilidade de flutuação nas questões, caso o entrevistador entenda ser mais benéfico enfatizar um dos temas ou mesmo introduzir outros. Com este procedimento foi dada a possibilidade de explorar de forma diferenciada e idiossincrática cada questão ao entrevistado, permitindo assim um conhecimento mais abrangente e também uma maior abertura por parte do mesmo (82).

Após a entrega do consentimento informado aos participantes (anexo 5), e depois de lido e compreendido, foi-lhes pedido que assinassem duas cópias, uma ficou em seu poder e outra na posse do investigador. Depois de assinado o consentimento informado, foi preenchido um formato de informação básica do destinatário da ação de tutela (anexo 6).

3.6.2 Análise da informação

Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento informado do sujeito em estudo e transcritas no processamento de texto Microsoft Word. O processamento e

análise das entrevistas foram realizados no software ATLAS.ti e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (83).

A análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações para obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos destas mensagens (83). O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, o seu conteúdo manifesto ou latente, as suas significações explícitas ou ocultas. De acordo com Bardin (2006), a análise de dados compreende três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais, por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante; (b) escolha dos documentos; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; e (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores. A exploração do material consiste na definição de categorias e subcategorias (sistemas de codificação). A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O procedimento adotado para a configuração desta investigação teve início com a recolha dos dados, inserção dos dados, agrupamento em casos, categorização e atributos.

3.7 Integração das componentes quantitativa e qualitativa

Os resultados de cada componente são apresentados separadamente. No entanto, no capítulo de discussão de resultados se tentam integrar ambas as componentes, através da comparação para obter uma melhor compreensão de alguns tópicos, nomeadamente: as causas para interpor a ação de tutela (quanti e quali) com as barreiras de acesso (quali), pacientes que tiveram acesso parcial ou sem acesso após a sentença favorável da ação de tutela (quanti) com as barreiras de acesso pós-sentença (quali), estado de saúde dos destinatários da ação de tutela (quanti) com a gravidade da doença, suas consequências e mudanças no estado de saúde após a sentença (quali), entre outros.

3.8 Orçamento

A pesquisa não teve financiamento específico. No entanto, o doutoramento teve financiamento com uma bolsa de 34 meses da União Europeia no Projeto *Erasmus*

Mundus Fellow Mundus e outra bolsa de licenciado de 5 meses do IHMT no âmbito do projeto *JUDI-COL*. Os gastos do trabalho de campo correspondentes a chamadas de telefones fixos, telemóveis, impressões dos questionários, pagamento à enfermeira que apoiou a realização de 25% dos questionários, financiamento de transporte dos entrevistados da componente qualitativa, entre outros gastos, foi possível com recursos próprios.

3.9 Aspetos éticos

De acordo com o artigo nº 11 da Resolução número 8430 de 1993 da Colômbia, considera-se que a investigação está classificada sem risco algum para o sujeito em estudo, porque foi utilizada a aplicação de questionários e entrevistas individuais como métodos e técnicas para a recolha da informação de maneira retrospectiva.

Dentro da investigação teve-se em conta a importância de adquirir antecipadamente o consentimento informado assinado dos sujeitos em estudo só para a componente qualitativa, porque para a parte quantitativa o consentimento informado foi oral uma vez que os questionários foram aplicados por telefone, ainda que, de acordo com a dita resolução, não era necessário devido ao mínimo risco que poderia gerar a investigação.

Os questionários foram registados em papel e foram codificados sem os dados pessoais do utente. Para identificar o respondente na base de dados foi através do número do caso que aparece na parte superior da primeira página do questionário, o que foi importante para ampliar a informação ou para esclarecer dúvidas, também porque alguns casos de interesse foram eleitos para a componente qualitativa. Tanto as cópias dos inquéritos em papel como a base de dados serão guardados no IHMT durante 5 anos após a publicação do trabalho. É importante referir que só poderão ter acesso aos questionários e à base de dados a equipa de investigação composta pelo investigador principal e os orientadores.

Como já se disse, para a componente qualitativa foi obtido atempadamente o consentimento informado do sujeito em estudo. A informação do participante foi registada através de um código, que serviu para identificar o entrevistado quando se transcreveu a entrevista. Sublinha-se que, da mesma maneira que na componente quantitativa, a informação só estará disponível para a equipa de investigação e as cópias

das entrevistas serão guardadas durante 5 anos após a publicação do trabalho, depois as gravações serão apagadas.

O projeto de investigação teve elevada aceitação na população em estudo porque o contacto inicial foi realizado com o apoio da *Personería de Medellín*, instituição que orientou e tramitou as ações de tutela em saúde dos utentes cujo direito à saúde foi posto em causa pelo sistema de saúde da Colômbia.

A equipa de investigação compromete-se a fazer um uso crítico, honesto e responsável da informação, ajustado em todo momento aos princípios do método científico e garantindo o respeito pela privacidade das pessoas.

De referir que o estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do IHMT no dia 25 de julho de 2015 com o seu parecer No 10-2015-TD.

4. Resultados

4.1 Resultados da componente quantitativa

A amostra aleatória deste estudo corresponde a 1031 indivíduos que usaram o instrumento de ação de tutela em saúde. A distribuição percentual da amostra por ano foi 2011 (30%), 2012 (29%), 2013 (22%) e 2014 (19%).

Na tabela 6, descrevem-se as características relacionadas com a ação de tutela e com quem acionou o recurso judicial.

Tabela 6: Características relacionadas com a ação de tutela e com quem acionou o recurso judicial

Variáveis	n (%)
Quem interpôs a ação de tutela	
O próprio	418 (40,5)
Familiar	598 (58,0)
Amigo	12 (1,2)
Advogado	3 (0,3)
Total	1031(100)
Razões para a ação não ter sido interposta pelo destinatário da ação de tutela	
Doença grave	327 (53,3)
Menor de idade	123 (20,0)
Hospitalização	108 (17,6)
Idoso	78 (12,7)
Pessoa com deficiência	39 (6,3)
Não sabia como fazer	19 (3,0)
Relação dos indivíduos que forneceram a informação do destinatário da ação de tutela	
Filho(a)	171 (27,9)
Mãe	169 (27,6)
Cônjuge	84 (13,7)
Irmão(a)	76 (12,4)
Pai	29 (4,7)
Sobrinho(a)	22 (3,6)
Avô(ó)	12 (2,0)
Amigo(a)	12 (2,0)
Nora	8 (1,3)
Tio(a)	8 (1,3)
Neto(a)	7 (1,1)
Cunhado(a)	7 (1,1)

Variáveis	n (%)
Primo(a)	4 (0,7)
Sogra	2 (0,3)
Genro	2 (0,3)
Total	613 (100)
Gênero dos indivíduos que forneceram a informação do destinatário da ação de tutela	
Feminino	508 (82,9)
Masculino	105 (17,1)
Total	613 (100)
Tinha Conhecimentos prévios de existência da ação de tutela	
Não	554 (53,7)
Sim	477 (46,3)
Total	1031 (100)
Sugestão da interposição da ação de tutela	
Iniciativa própria	357 (34,6)
Médico	178 (17,3)
Amigo	175 (17,0)
Familiar	152 (14,7)
Outro utente	95 (9,2)
Outros indivíduos	22 (2,1)
Funcionário hospital ou centro de saúde	19 (1,8)
Advogado	18 (1,7)
Funcionário seguradora	11 (1,1)
Funcionário Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar	2 (0,2)
Funcionário Supersalud ¹¹	1 (0,1)
NR	1 (0,1)
Total	1031 (100)

É possível pela análise da tabela 6, verificar que numa percentagem de 40,5% (n=418) dos casos, a ação de tutela foi interposta pelo **próprio inquirido e para si próprio**. Em 59,5% (n=613) dos casos a ação de tutela visa um **familiar, amigo ou advogado** e, portanto, a informação do utente a quem se destinou a ação de tutela é dada indiretamente pelo inquirido. A principal razão apontada para não ser o próprio a interpor a ação de tutela foi a existência de doença grave (53,3%), ser menor de idade (20,0%),

¹¹ A Supersalud é uma instituição que faz parte do Ministério de Saúde e Proteção Social e tem como funções a inspeção, vigilância e controlo do sistema de saúde.

estar hospitalizado (17,6%) ou ser idoso (12,7%). Para além destas razões, uma percentagem de 6,3% referiu que sentiu dificuldade na altura da interposição da ação devido a deficiência ou incapacidade e 3,0% não sabia como colocar a ação de tutela. Nestes casos, decidiu-se inquirir a pessoa que interpôs a ação de tutela e não o próprio (mesmo que fosse possível) porque considerou-se que tinha mais conhecimento do processo de exigibilidade do direito à saúde. Assim, quem forneceu a informação foi o filho(a) (27,9%), a mãe (27,6%), o cônjuge (13,7%), o irmão(a) (12,4%), o pai (4,7%), o sobrinho(a) (3,6%), o avô(ó) (2,0%), um amigo(a) (2,0%) e outros (como noras, tios, netos, cunhados, primos, sogras e genros) que correspondem a 6,1%. Chama-se a atenção que a percentagem das mães (27,6%) foi significativamente superior aos pais (4,7%). Em relação ao género dos familiares/amigos que responderam o questionário, destaca-se que são maioritariamente do sexo feminino 82,9% (n=508) e 17,1% (n=105) do sexo masculino.

Mais de metade dos inquiridos (53,7%) não tinham conhecimentos prévios da ação de tutela antes de interpô-la, não havendo diferenças significativas para um nível de significância de 5% por tipo de inquirido ($p=0,08$). Mais de um terço (34,6%) das ações de tutela foi por iniciativa do próprio, 17,3% foi sugestão do médico, 17,0% de um amigo, 14,7% de um familiar e 9,2% por outro utente. Em menor proporção, foi sugestão de outros indivíduos (2,1%), funcionários administrativos do hospital ou centro de saúde (1,8%), advogados (1,7%), funcionários das seguradoras (1,1%), do Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar (0,2%) e funcionários da Supersalud (0,1%) (tabela 6).

4.1.1 Aspetos sobre o direito à saúde e manifestações em saúde

Quase todos os inquiridos (99,6%) (tanto o próprio como o familiar/amigo) que forneceram a informação referiram que encaram a saúde como um direito humano fundamental (dados não mostrados). A maior parte dos inquiridos consideram que não existe respeito pelo direito à saúde na Colômbia (68,7%). Uma percentagem mais baixa acredita que esse respeito é praticado algumas vezes (19,1%). Apenas 10,5% entendeu que existe respeito pelo direito à saúde na Colômbia (Figura 4). Por tipo de inquirido não há diferenças significativas ($p=0,09$) (dados não mostrados).

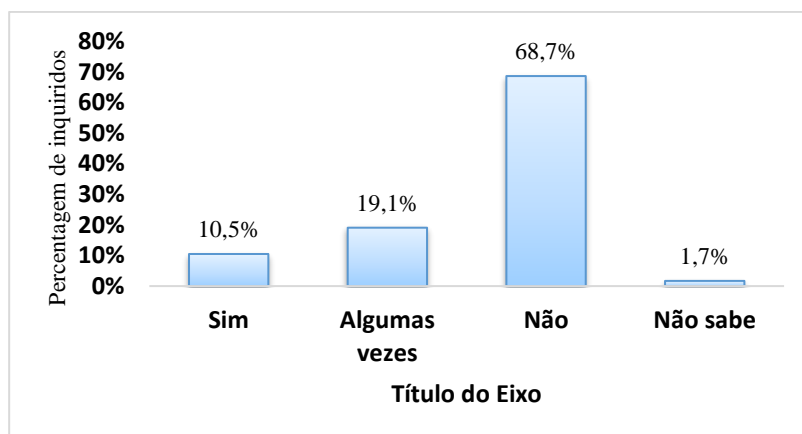


Figura 4: Acha que o direito à saúde na Colômbia é respeitado?

Pela tabela 7, uma percentagem de 79,2% informou ter conhecimento dos protestos em saúde em Medellín, mas apenas 15,4% referiu ter participado nesses protestos (sem diferenças significativas entre os dois grupos de inquiridos).

Relativamente às razões para não participar nos protestos registam-se diferenças significativas entre os dois grupos de inquiridos ($p < 0,001$), a principal razão apontada pelos próprios para não participar nas manifestações foi a doença (25,7%) e nos familiares/amigos é a impossibilidade de participar por motivos de trabalho ou porque são os cuidadores dos doentes (44,7%); outro motivo importante em ambos os tipos de inquiridos é a falta de informação e, numa percentagem de 12,7%, em ambos os tipos de inquiridos, foi referido que não participaram por medo.

Em relação às melhorias ou garantias do direito à saúde adquiridas pelas ações de protesto, uma percentagem de 41,7% acredita que as ações de protesto se traduzem em melhorias. No entanto, parece existir um sentimento de descrença, pois 36,3% do total da amostra não crê que estas ações se traduzam em mudanças efetivas. Uma percentagem de 12,4% dos inquiridos são da opinião que isso acontece às vezes e 9,6% dos participantes dizem que não sabem (tabela 7).

Tabela 7: Conhecimento e participação nos protestos em saúde

	Próprio	Familiar/amigo	Total	Valor
Protestos em saúde	n (%)	n (%)	n (%)	P
Tem conhecimento das manifestações em saúde em Medellín				
Sim	334 (79,9)	483 (79,8)	817 (79,2)	0,666
Não	84 (20,1)	130 (20,2)	214 (20,8)	
Total	418 (100)	613 (100)	1031 (100)	
Tem participado nos protestos em saúde nos últimos 5 anos				
Sim	46 (13,8)	80 (16,6)	126 (15,4)	0,278
Não	288 (86,2)	403 (83,4)	691 (84,6)	
Total	334 (100)	483 (100)	817 (100)	
Razões para não participar nos protestos em saúde				
Não pode	71 (24,7)	180 (44,7)	251 (36,3)	<0,001 ^a
Falta de informação	68 (23,6)	103 (25,6)	171 (24,7)	
Porque está doente	74 (25,7)	28 (6,9)	102 (14,8)	
Por medo	37 (12,8)	51 (12,7)	88 (12,7)	
Não gosta	20 (6,9)	17 (4,2)	37 (5,4)	
Não lhe interessa	14 (4,9)	15 (3,7)	29 (4,2)	
Não fazem no município onde mora	4 (1,4)	6 (1,5)	10 (1,4)	
Falta de consciência	0 (0,0)	3 (0,7)	3 (0,4)	
Total	288 (100)	403 (100)	691 (100)	
Os protestos servem para que o governo melhore/garanta o direito à saúde				
Sim	184 (44,0)	246 (40,1)	430 (41,7)	0,664
Não	146 (34,9)	228 (37,2)	374 (36,3)	
Às vezes	49 (11,7)	79 (12,9)	128 (12,4)	
Não sabe	39 (9,3)	60 (9,8)	99 (9,6)	
Total	418 (100)	613 (100)	1031 (100)	

^aTeste exato de Fisher

Além das manifestações que são ações coletivas, os pacientes têm ferramentas legais individuais, como é o direito de petição¹², a ação de tutela e o incidente de desacato.

¹² O direito de petição está consagrado no artigo 23 da Constituição Política da Colômbia; com este recurso pode-se apresentar queixas, fazer reclamações e solicitar informação perante organizações e funcionários tanto públicos como privados.

Nesta investigação foram estudadas a ação de tutela e o incidente de desacato. Em relação à ação de tutela, na opinião dos inquiridos (tanto o próprio como o familiar/amigo) sem diferenças significativas ($p=0,217$), uma percentagem de 76,6% dos inquiridos consideram que a ação de tutela é uma ferramenta que garante o acesso aos cuidados de saúde. Ainda podem ser incluídos na opinião favorável os inquiridos que referem que garante “às vezes” (17,0%). Apenas 4,8% não concorda que a ação de tutela garanta o acesso aos cuidados de saúde e 1,6% não sabem (Figura 5).

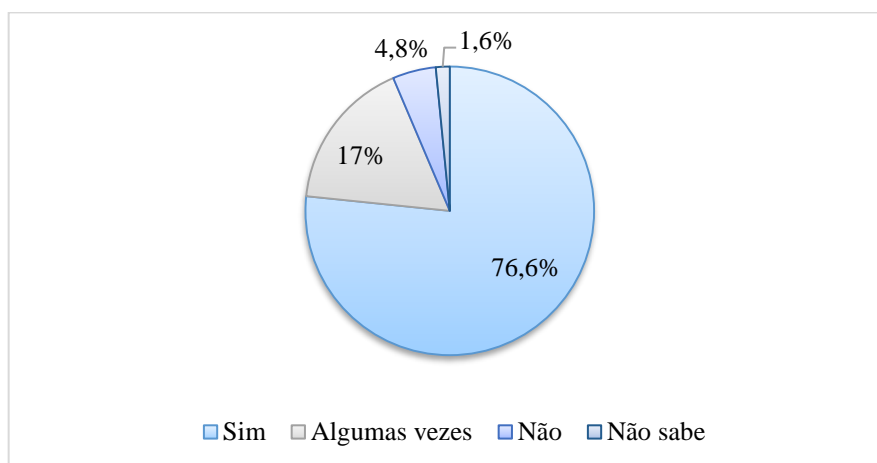


Figura 5: Percentagem de inquiridos (Próprio e Familiar/amigo) que acha que a ação de tutela é uma ferramenta com garantia de acesso aos cuidados de saúde.

4.1.2 Características dos pacientes que usaram a ação de tutela em saúde

Seguidamente descrevem-se as características dos destinatários da ação de tutela, que foram referidas pelo próprio ou pelo familiar/amigo que respondeu o questionário. Em todos os casos, a informação corresponde ao destinatário da ação de tutela.

A média de idades dos indivíduos a quem se destinou a ação de tutela foi de 48,7 anos ($DP= 23,7$ anos), mediana 52 anos. Estes indivíduos têm mais frequentemente idades superiores a 41 anos (65%) (figura 6).

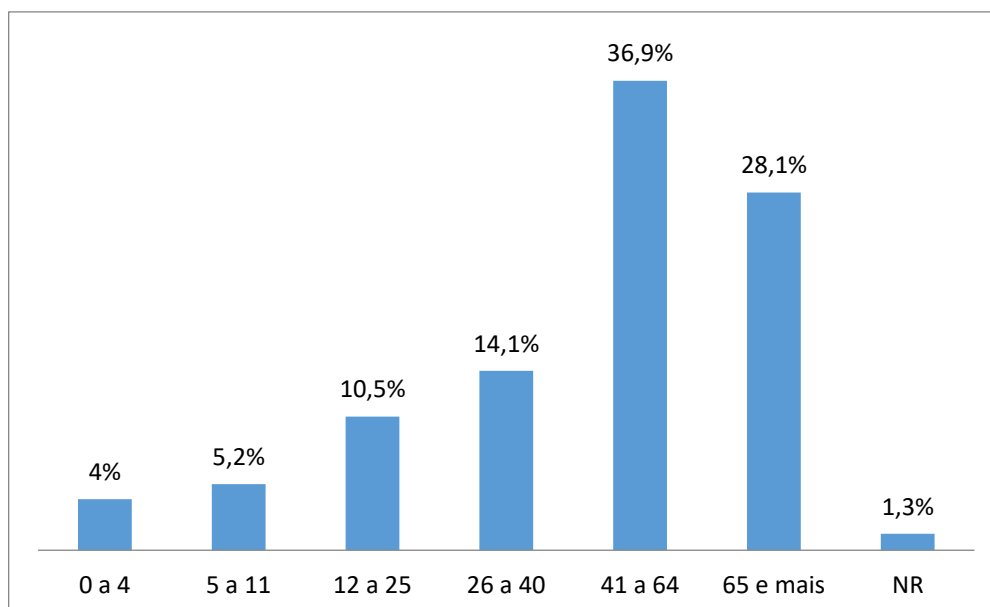


Figura 6: Grupos de idade dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014

Na tabela 8 descrevem-se as características sociodemográficas dos pacientes destinatários da ação de tutela. O género das pessoas a quem se destinou a ação de tutela foi predominantemente feminino (57,7%) contra 42,3% de indivíduos do sexo masculino.

Em relação ao estado civil do destinatário da ação de tutela, o mais frequente foi o solteiro (42,9%), seguido pelo casado/união de facto (40,1%). Os estados civis viúvo (10,6%) ou divorciado (6,5%) foram os menos frequentes.

O nível escolar dos destinatários da ação de tutela é relativamente baixo, uma vez que 16,0% não têm estudos e 42,3% têm ensino primário. Uma percentagem de 27,9% tinha o ensino secundário, destacando-se ainda uma baixa percentagem de utentes com estudos técnicos ou tecnológicos¹³ (7,4%) e licenciatura (5,5%).

Tabela 8: Características sociodemográficas dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014

Variáveis	n (%)
Género	
Feminino	595 (57,7)
Masculino	436 (42,3)
Estado civil	
Solteiro	442 (42,9)

¹³ Os cursos técnicos e tecnológicos são equivalentes em Portugal aos cursos técnicos profissionais a nível do politécnico.

Variáveis	n (%)
Casado/união de facto	413 (40,1)
Viúvo	109 (10,6)
Divorciado	67 (6,5)
Habilitações	
Sem estudo	165 (16,0)
Ensino primário	436 (42,3)
Ensino secundário	288 (27,9)
Estudos técnicos/tecnológicos	76 (7,4)
Licenciatura	57 (5,5)
Pós-graduação	7 (0,7)
Sem informação ¹⁴	2 (0,2)

A figura 7 representa a idade dos dependentes a cargo dos destinatários da ação de tutela, uma percentagem de 23,3% das pessoas destinatárias da ação de tutela, tem menores de dezoito anos a seu cargo (referido tanto pelo próprio como pelo familiar/amigo que forneceu a informação). Os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos representaram cerca de 15,2% do tipo de dependentes e os maiores de idade (entre 18 e 59 anos) representaram 13,9%. As pessoas com deficiência representaram cerca de 3,0% (dado não mostrado).

¹⁴ Nestes dois casos quem forneceu a informação do destinatário da ação de tutela foi um amigo e referiu não ter conhecimento das habilitações dele.

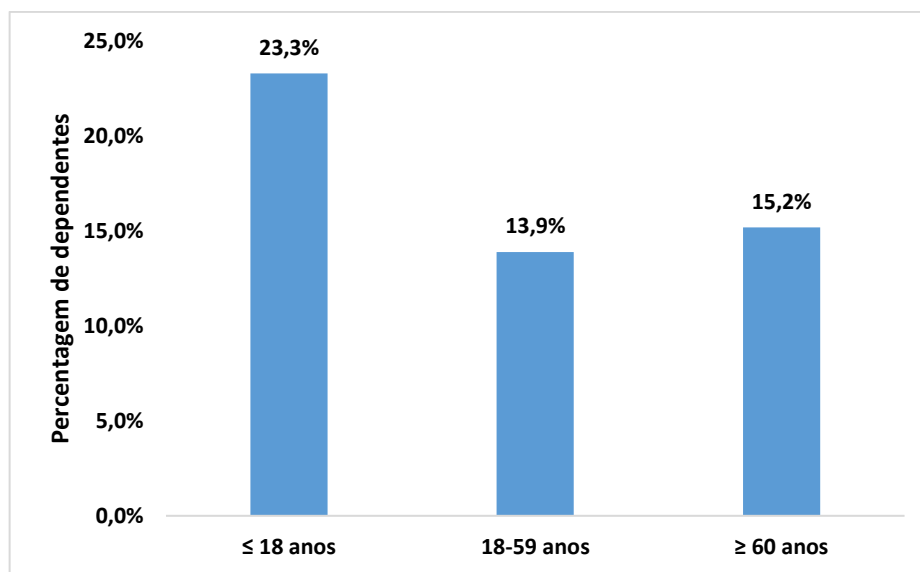


Figura 7: Idade dos dependentes a cargo dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014

Apresenta-se na figura 8, o tipo de população vulnerável à que pertencem os destinatários da ação de tutela, a maior parte (71,5%) disseram não pertencer a qualquer grupo específico (referido tanto pelo próprio como pelo familiar/amigo). No entanto, destacam-se 15,1% dos destinatários da ação de tutela com deficiência e 14,0% se encontravam deslocados devido à violência. Em menor proporção, referiram ser indígenas (0,7%), indivíduos de raça negra (0,5%), reinseridos (0,1%) e pessoas sem-abrigo (0,1%).

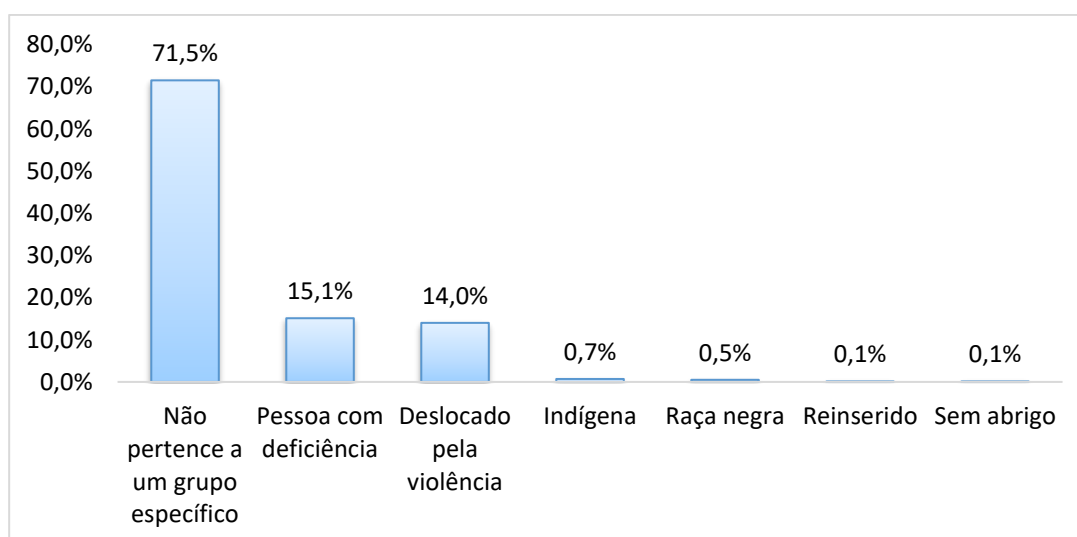


Figura 8: População vulnerável à que pertencem os pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014

Como consta na tabela 9, mais de metade (64,8%) dos pacientes destinatários da ação de tutela residem nas três primeiras zonas de Medellín e na zona 6, divididas em dez comunas, e nas que predominam os níveis socioeconômicos baixo e médio-baixo. Apenas 9,5% residem na zona 4, dividida em três comunas, e cujo nível socioeconômico predominante é o médio e médio-alto. Só uma percentagem de 1,0% reside na zona mais rica da cidade (zona 5), com níveis socioeconômicos médio-alto e alto.

Uma percentagem de 3,8% dos utentes a quem se destinou a ação de tutela residem na zona rural de Medellín, 10,9% residem em outros municípios da área metropolitana e 10,0% em municípios da região de Antioquia e de outras regiões do país.

Tabela 9: Distribuição da zona de residência dos pacientes a quem se destinou ação de tutela, 2011-2014

Zona	Número de comunas	Nível socioeconômico que predomina	n (%)
Zona 1 (Nororiental)	4	Baixo e médio-baixo	254 (24,6)
Zona 2 (Norocidental)	3	Médio-baixo e baixo	197 (19,1)
Zona 3 (Centro-oriental)	3	Médio-baixo e baixo	131 (12,7)
Zona 4 (Centro-occidental)	3	Médio e médio-alto	98 (9,5)
Zona 5 (Suroriental)	1	Médio-alto e alto	10 (1,0)
Zona 6 (Suroccidental)	2	Médio-baixo e medio	87 (8,4)
Zona 7 (rural)	NA	NA	39 (3,8)
Municípios área metropolitana	NA	NA	112 (10,9)
Outros municípios	NA	NA	103 (10,0)
Total			1031 (100)

NA- Não aplicável

O nível socioeconômico¹⁵ mais frequente foi o II (43,2%), seguido pelo III (25,1%) e pelo I (19,2%), conferindo à amostra características socioeconômicas baixas. Os níveis mais elevados foram muito menos frequentes. Apenas 4,4% se situaram no nível IV, 2,1% no nível V e 0,6% no nível VI (Figura 9).

¹⁵ O nível socioeconômico na Colômbia divide-se em seis níveis: I: baixo-baixo; II: baixo; III: médio-baixo; IV: médio; V: médio – alto e VI: alto.

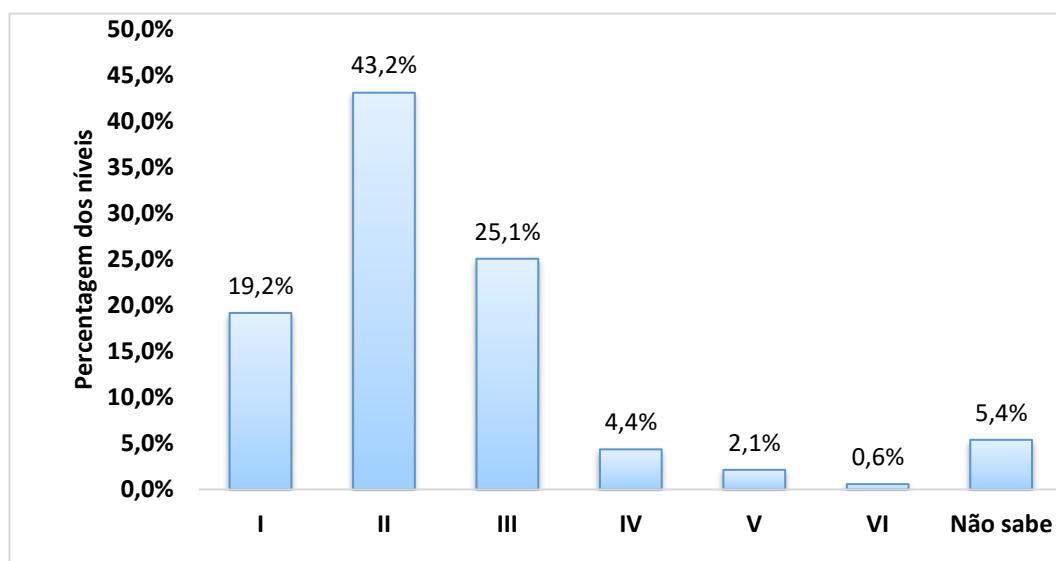


Figura 9: Distribuição por nível socioeconómico dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014

Tal como no nível socioeconómico, para os 79,3% dos destinatários da ação de tutela abrangidos pela classificação do SISBEN, predominam as classificações inferiores, com 34,9% no nível I, 18,6% no nível II e 10,4% no nível III. Sublinha-se que 20,6% afirmaram não estar abrangidos pelo SISBEN (Figura 10).

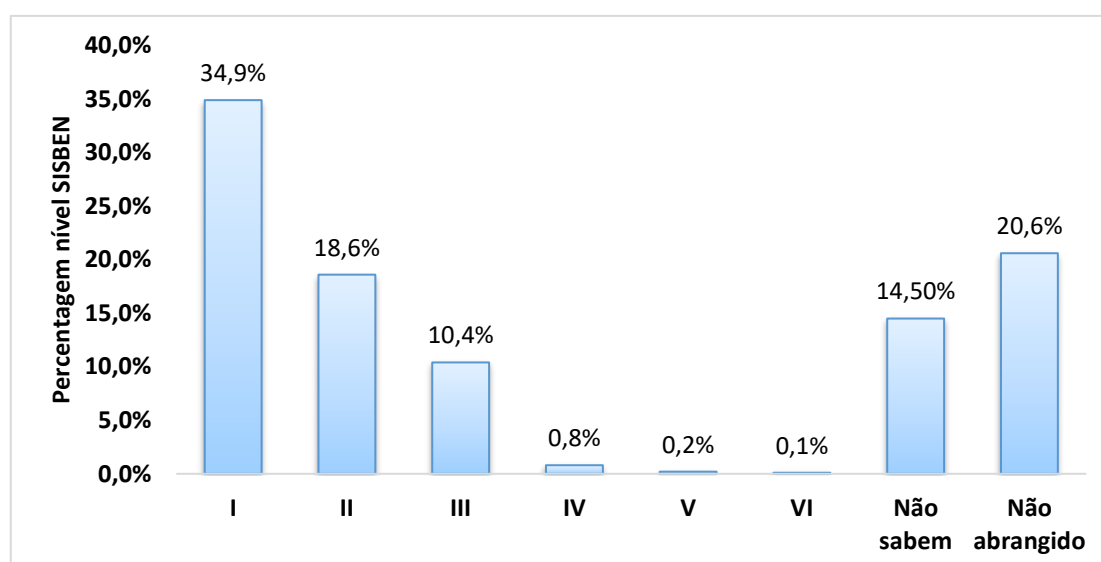


Figura 10: Nível SISBEN (Sistema de identificação e Seleção de Beneficiários) dos destinatários da ação de tutela, 2011-2014

Em relação ao regime da segurança social identificado como mais frequente nos destinatários da ação de tutela foi o contributivo (53,4%), a seguir o regime subsidiado (40,6%). Apenas 2,5% pertenciam ao regime especial e 3,4% não tinha qualquer regime (população pobre não segurada). Relativamente, aos planos de saúde pré-pagos ou plano de saúde especial, apenas se identificaram 3,4% dos destinatários da ação de tutela com esta condição. A maior parte referiu que não tinha plano de saúde pré-pago ou especial (52,7%) e 43,9% restantes correspondem aos pacientes do regime subsidiado e pobres não segurados que não podem ter planos especiais de saúde (dados não mostrados).

Na tabela 10 apresentam-se as características das principais seguradoras, destacando-se as mais importantes do regime contributivo como Coomeva, Nueva EPS, Sura, do regime subsidiado, como Cafesalud, Saviasalud, Emdisalud, etc, e Comfenalco que é uma seguradora mista (tem ambos os regimes). É importante referir que algumas já foram liquidadas ou estão em processo de liquidação pela Supersalud, como Comfenalco, Comfama, Caprecom e Saludcoop (Supersalud, 2016) (84).

Tabela 10: Principais seguradoras por regime de segurança social dos destinatários da ação de tutela quando foi interposto o recurso constitucional, 2011-2014

Seguradoras	Regime	n (%)
Coomeva	Contributivo	157 (15,2)
Comfama	Subsidiado	121 (11,7)
Nueva EPS	Contributivo	112 (10,9)
Cafesalud	Subsidiado	99 (9,6)
Saviasalud	Subsidiado	96 (9,3)
Sura	Contributivo	74 (7,2)
Comfenalco	Mista	68 (6,6)
Salud Total	Contributivo	60 (5,8)
Saludcoop	Contributivo	43 (4,2)
Emdisalud	Subsidiado	43 (4,2)
Caprecom	Subsidiado	32 (3,1)
Médico Preventiva	Especial	23 (2,2)
Cruz Blanca	Contributivo	23 (2,2)
Coosalud	Subsidiado	12 (1,2)
Outras	Todos os regimes	32 (3,2)

Situação profissional dos destinatários da ação de tutela

A situação ocupacional do destinatário da ação de tutela mais frequente era doméstica (26,5%), desempregado (23,6%), seguido dos reformados (12,8%). Apenas 11,1% dos indivíduos beneficiários da ação de tutela estavam empregados, 10,6% eram estudantes, 8,1% eram trabalhadores por conta própria e 7,5% correspondem a menores de 5 anos e deficientes (tabela 11).

Tabela 11: Situação profissional do destinatário da ação de tutela quando foi interposto o recurso constitucional, 2011-2014

Situação profissional do destinatário da ação de tutela	<i>n</i> (%)
Doméstica	273 (26,5)
Desempregado	243 (23,6)
Reformado	132 (12,8)
Empregado	114 (11,1)
Estudante	109 (10,6)
Trabalhador por conta própria	83 (8,1)
Não se aplica (menores de 5 anos e deficientes)	77 (7,5)
Total	1031 (100)

Na tabela 12 podem-se encontrar as características dos cargos, salários e fundo de pensões dos destinatários da ação de tutela. Dos destinatários que estavam empregados, de acordo com a classificação Internacional de Ocupações do DANE, mais de metade dos cargos eram não qualificados (61,9%), podendo ainda incluir-se nestes os cargos pouco qualificados (19,5%). Apenas 18,6% dos cargos eram qualificados. O tipo de contrato mais comum foi o indefinido (46,4%), seguido pelo tipo de contrato a termo fixo (28,6%). Foram ainda identificados 14,3% dos indivíduos sem contrato e 9,8% com contrato de prestação de serviços.

Uma percentagem de 60,4% dos indivíduos destinatários da ação de tutela que estavam empregados eram trabalhadores por conta própria e reformados e recebiam o salário mínimo (aproximadamente 210 euros), 15,5% recebiam entre um e dois salários mínimos e 14,5% recebiam uma verba mensal inferior a um salário mínimo (tabela 12).

Pouco mais de um quarto dos destinatários da ação de tutela (25,9%) estavam filiados num fundo de pensões quando interpuseram a tutela, sendo que a maior parte

destes estavam filiados no fundo de pensões *Colpensiones* (65,1%) e em *Protección* (14,2%) (tabela 12).

Tabela 12: Características dos cargos, salários e fundo de pensões dos destinatários da ação de tutela que tinham alguma ocupação quando interpuseram a tutela, 2011-2014

Características do cargo (n=114)	n (%)
Qualificação do cargo	
Não qualificado	70 (61,9)
Pouco qualificado	22 (19,5)
Qualificado	21 (18,6)
NR	1 (0,1)
Total	114 (100)
Tipo de contrato	
Indefinido	52 (46,4)
Termo fixo	32 (28,6)
Sem contrato	16 (14,3)
Prestação de serviços	11 (9,8)
Contrato de formação	1 (0,9)
NR	2 (0,2)
Total	114 (100)
Salário (reformados, trabalhador conta própria e empregados)	
Salário mínimo	199 (60,4)
Entre 1 e 2 salários mínimos	51 (15,5)
<1 Salário mínimo	48 (14,5)
NR ¹⁶	14 (4,2)
Entre 3 e 4 salários mínimos	13 (3,9)
≥ 5 Salários mínimos	4 (1,2)
Total	329 (100)
Filiado num fundo de pensões	
Colpensiones	267 (25,9)
Outros	174 (65,1)
Protección	46 (17,2)
Não sabe	38 (14,2)
Total	9 (3,3)
Total	267 (100)

¹⁶ NR – Não responde

Caracterizar as doenças dos utentes e os tipos de cuidados de saúde solicitados na ação de tutela

4.1.3 Aspetos relacionados com o estado de saúde do paciente a quem se destinou a ação de tutela

Segundo os inquiridos, mais de metade dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela (52,3%) teve hospitalização prévia nos últimos 5 anos da interposição da ação de tutela. O número mediano de dias de hospitalização foi de 16 dias (Q1=8 e Q3=33), variando entre 1 e 540 dias. Uma percentagem de 56,7% sofreu de incapacidade temporária nos últimos 5 anos antes da interposição da ação de tutela. O número mediano de dias de incapacidade foi de 30 dias (Q1=11 e Q3=90), com mínimo de 1 e máximo de 1460 dias, 51,3% dos indivíduos relataram que o problema de saúde gerou algum grau de incapacidade. É importante referir que 10,5% (n=108) dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela estavam hospitalizados no dia em que foi interposto o recurso judicial, dos quais 17,6% (n=19) tinha sido diagnosticado com doenças do aparelho circulatório e 16,7% (n=18) com neoplasias, portanto, seria de esperar que tinham urgência para aceder aos cuidados de saúde (tabela 13).

Tabela 13: Situação prévia relacionada com a saúde do destinatário da ação de tutela

Situação prévia à tutela	n (%)*
Hospitalização prévia nos últimos 5 anos de interposição da ação de tutela	539 (52,3)
Sim	
Não	492 (47,7)
Nº mediano de dias de hospitalização [mín-máx] nos últimos 5 anos da interposição da ação de tutela	16 [1-540]
Incapacidade temporária nos últimos 5 anos da interposição da ação de tutela	585 (56,7)
Nº mediano de dias de incapacidade temporária [mín-máx] nos últimos 5 anos da interposição da ação de tutela	30 [1-1460]
O problema de saúde gerou algum grau de incapacidade	529 (51,3)
Sim	
Não	502 (48,7)
Pacientes hospitalizados no dia em que foi interposta a ação de tutela	108 (10,5)
Diagnóstico dos pacientes hospitalizados no dia em que foi interposta a ação de tutela	
Outras causas	26 (24,0)
IX Doenças do aparelho circulatório	19 (17,6)
II Neoplasias (tumores)	18 (16,7)

Situação prévia à tutela	n (%)*
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	9 (8,3)
X Doenças do aparelho respiratório	8 (7,4)
VI Doenças do sistema nervoso	8 (7,4)
XIV Doenças do aparelho geniturinário	8 (7,4)
XI Doenças do aparelho digestivo	6 (5,6)
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6 (5,6)
Total	108 (100)

*Para as variáveis qualitativas n (%) e mediana [Mínimo e Máximo] para as variáveis quantitativas

Em relação à classificação das doenças, as mais frequentes foram as neoplasias (tumores) com 12,7%, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (10,1%), doenças do sistema nervoso (9,8%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (9,5%), doenças do aparelho circulatório (8,5%), entre outras (tabela 14).

Tabela 14: Classificação CID 10 das doenças dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela, 2011-2014

Classificação CID 10	n (%)
II Neoplasias (tumores)	131 (12,7)
V Transtornos mentais e comportamentais	104 (10,1)
VI Doenças do sistema nervoso	101 (9,8)
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	98 (9,5)
IX Doenças do aparelho circulatório	88 (8,5)
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	70 (6,8)
XIV Doenças do aparelho geniturinário	68 (6,6)
X Doenças do aparelho respiratório	65 (6,3)
VII Doenças do olho e anexos	58 (5,6)
XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	51 (4,9)
XI Doenças do aparelho digestivo	43 (4,2)
XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	27 (2,6)
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	26 (2,5)
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	21 (2,0)
XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	20 (1,9)
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18 (1,7)
XV Gravidez parto e puerpério	13 (1,3)

VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	11 (1,1)
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10 (1,0)
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5 (0,5)
XVI Algumas afeções originadas no período perinatal	3 (0,3)
Total	1031 (100)

No que diz respeito ao estado de saúde auto-reportado pelo próprio ou reportado pelo familiar/amigo antes de interpor a ação de tutela, encontraram-se diferenças significativas para 5% ($p=0,040$). Em ambos os grupos de inquiridos foi tendencialmente negativo, uma vez que 26,1% referiram que o estado de saúde era mau e 25,8% disseram que era muito mau, 28,6% dos familiares/amigos reportaram o estado de saúde muito mau contra 22,0% dos próprios. Uma parte importante dos próprios e dos familiares/amigos referiram o estado de saúde como “mais ou menos”, com 35,2% e 32,5% respetivamente. No lado positivo foram identificados 6,4% de indivíduos com referência a um estado de saúde normal (7,4% dos próprios e 5,7% referido pelos familiares/amigos), 7,1% assinalaram o estado de saúde como “bom” e apenas 0,6% referiram que a sua saúde estava “muito boa” (tabela 15).

Tabela 15: Estado de saúde antes de interpor a ação de tutela auto-reportado e reportado pelo inquirido, 2011-2014

Estado de saúde	Auto-reportado pelo próprio n (%)	Reportada pelo familiar/amigo n (%)	Total n (%)	Valor P
Muito bom	4 (1,0)	3 (0,5)	7 (0,6)	
Bom	39 (9,3)	35 (5,7)	74 (7,1)	
Normal	31 (7,4)	35 (5,7)	66 (6,4)	
Mais ou menos	147 (35,2)	199 (32,5)	346 (33,5)	
Mau	105 (26,1)	165 (27,0)	270 (26,1)	0,040 ^a
Muito mau	92 (22,0)	175 (28,6)	267 (25,8)	
Não sabe	0 (0,0)	1 (0,0)	1 (0,09)	
Total	418 (100)	613 (100)	1031 (100)	

^a Teste exato de Fisher

4.1.4 Tipos de cuidados de saúde solicitados na ação de tutela por regime de segurança social

Apresenta-se na tabela 16 os cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela, constatando-se que os mais solicitados foram os medicamentos (31,3%), sendo que se apresentam diferenças significativas por tipo de regime ($p=0,003$), uma vez que os pacientes do regime contributivo são os que mais solicitaram medicamentos (35,5%), a seguir os do regime subsidiado (28,2%). Nas solicitações de consultas de especialidade também há diferenças significativas ($p<0,001$). Os pacientes do regime subsidiado são os que mais solicitaram este tipo de cuidados de saúde (30,5%) e a seguir os pacientes do regime especial (23,1%).

As solicitações de cirurgia foram quase uma quinta parte (19,4%), uma percentagem de 15,9% solicitou produtos médicos e equipamentos (fraldas, cadeiras de rodas) e 13,6% dos indivíduos solicitaram cuidados de saúde integrais¹⁷, ou seja, que o juiz aprove todos os cuidados de saúde que o médico julga necessitar para recuperar o estado de saúde do paciente.

Em relação a outras solicitações, como a exoneração de copagamentos, apresentam diferenças significativas por regime de segurança social ($p<0,001$), sendo que os pacientes pobres não segurados (32,4%) e do regime subsidiado (20,0%) foram os que mais solicitaram este tipo de serviços na ação de tutela. Estes e outro tipo de solicitações podem observar-se na tabela 16.

Tabela 16: Cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela, 2011-2014

Cuidados de saúde	Contributivo	Subsidiado	Especial	Não	Total	Valor P
	n (%)	n (%)	n (%)	segurados	n (%)	
				n (%)		
Medicamento	196 (35,5)	118 (28,2)	5 (19,2)	4 (11,8)	323 (31,3)	0,003
Consulta de especialidade	87 (15,8)	128 (30,5)	6 (23,1)	5 (14,7)	226 (21,9)	<0,001
Cirurgia	103 (51,5)	79 (39,5)	12 (6,0)	6 (3,0)	200 (19,4)	0,007

¹⁷ Os cuidados de saúde integrais podem ser solicitados pelo requerente da ação de tutela; no entanto, o juiz pode aprova-la sem ter sido solicitada. Os cuidados de saúde integrais são importantes quando o paciente tem alguma doença que requer diferentes tipos de tratamento ou quando o paciente ainda não tem um diagnóstico e precisa de uma maior variedade de exames, e desta forma, na teoria, evita-se que a seguradora continue a colocar em causa o direito à saúde no caso em que o médico tratante prescreva outro exame ou tratamento.

Cuidados de saúde	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Não segurados n (%)	Total n (%)	Valor P
Produtos médicos e equipamentos	82 (14,9)	77 (18,4)	2 (7,7)	3 (8,8)	164 (15,9)	0,212 ^a
Cuidados de saúde integrais	68 (12,3)	60 (14,3)	5 (19,2)	7 (20,6)	140 (13,6)	0,316 ^a
Imagiologia	33 (6,0)	46 (11,0)	5 (19,2)	5 (14,7)	89 (8,6)	0,003 ^a
Tratamento	23 (4,2)	15 (3,6)	1 (3,8)	4 (11,8)	43 (4,2)	0,156 ^a
Procedimentos cirúrgicos	17 (3,1)	26 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	43 (4,2)	0,061 ^a
Analises clínicas	12 (2,2)	15 (3,6)	2 (7,7)	1 (2,9)	30 (2,9)	0,171 ^a
Tratamento hospitalar de alta complexidade	8 (1,4)	7 (1,7)	1 (3,8)	0 (0,0)	16 (1,6)	0,543
Avaliação neuro psicológica	8 (1,4)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (0,9)	0,212 ^a
Consulta clinica geral	5 (0,9)	2 (0,5)	0 (0,0)	1 (2,9)	8 (0,8)	0,381 ^a
Cuidados médicos domiciliários	3 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,3)	0,385 ^a
Outras solicitações						
Exoneração de copagamentos	41 (7,4)	84 (20,0)	0 (0,0)	11 (32,4)	136 (13,2)	<0,001 ^a
Pagamento de incapacidades por doença geral	32 (5,8)	NA	0 (0,0)	NA	32 (3,0)	NA
Filiação seguradora	9 (1,6)	4 (1,0)	0 (0,0)	11 (32,4)	24 (2,3)	<0,001 ^a
Seguradora pague a conta ao prestador de saúde	7 (1,3)	2 (0,5)	1 (3,8)	1 (2,9)	11 (1,1)	0,101 ^a
Pagamento de licença de maternidade	10 (1,8)	NA	0 (0,0)	NA	10 (1,0)	NA
Transporte, alojamento e alimentação	3 (0,5)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)	4 (0,4)	NA
Mudança de seguradora	3 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,3)	NA
Pagamento de licença de paternidade	1 (0,2)	NA	0 (0,0)	NA	1 (0,1)	NA

^a Teste exato de Fisher

Relativamente à cobertura dos cuidados de saúde e de outras solicitações, encontraram-se diferenças significativas por regime de segurança social ($p < 0,001$). Os pacientes pobres não segurados e do regime subsidiado fizeram mais solicitações de

cuidados de saúde cobertos pelos planos de saúde, com 75,0% e 59,8%, respectivamente. Os cuidados de saúde não cobertos pelos planos de saúde são mais solicitados por pacientes do regime contributivo (44,9%) e do regime especial (40,0%). Os cuidados de saúde mistos¹⁸ correspondem a uma baixa percentagem em todos os regimes. Em 4,8% dos casos não se conseguiu determinar a cobertura dos cuidados de saúde por falta de informação do inquirido (tabela 17).

Tabela 17: Cobertura dos cuidados de saúde e outras solicitações nos planos de saúde por regime de segurança social

Regime de segurança social	Coberto n (%)	Mistos n (%)	Não cobertos n (%)	Valor P
Contributivo	257 (48,9)	33 (6,3)	236 (44,9)	<0,001
Subsidiado	238 (59,8)	37 (9,3)	123 (30,9)	
Especial	14 (56,0)	1 (4,0)	10 (40,0)	
Pobres não segurados	24 (75,0)	2 (6,3)	6 (18,8)	

Chama-se a atenção que mais de metade dos cuidados de saúde e outras solicitações estão cobertos pelos planos de saúde e, segundo a legislação vigente, nenhum paciente deveria interpor a ação de tutela para este tipo de serviços porque é um direito do paciente e uma obrigação da seguradora em fornecê-los.

Em relação à cobertura dos cuidados de saúde por ano, encontra-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), em que os cuidados de saúde solicitados não cobertos pelos planos de saúde têm aumentado, passando de 25,7% em 2011 para 48,1% em 2014 (tabela 18).

Tabela 18: Cobertura dos cuidados de saúde e outras solicitações nos planos de saúde por ano

Ano da ação de tutela	Coberto n (%)	Mistos n (%)	Não coberto n (%)	Valor P
2011	189 (63,9)	31 (10,5)	76 (25,7)	<0,001
2012	162 (57,9)	16 (5,7)	102 (36,4)	
2013	98 (43,8)	16 (7,1)	110 (49,1)	
2014	84 (46,4)	10 (5,5)	87 (48,1)	

¹⁸ Os cuidados de saúde mistos referem-se a os pacientes que solicitaram medicamentos, cirurgias, análises clínicas, entre outros, tanto incluídos como excluídos dos planos de saúde

4.1.5 Características relacionadas com as ações de tutela em saúde e as sentenças

O número mediano de ações de tutela interposto pelos indivíduos no período do estudo (2011-2014) foi de 1 (Q1=1 e Q3=2), para um mínimo de 1 e um máximo de 7 ações de tutela. A média de ações de tutela interpostas pelo grupo familiar do destinatário da ação jurídica no período do estudo (2011-2014) foi de 0,4 (DP=1,0) (mediana =0, Q1=0 Q3=0), variando entre o mínimo de 0 ações de tutela e máximo de 15 ações de tutela.

Todos os indivíduos da amostra recorreram à *Personería de Medellín* para assessoria na interposição da ação de tutela. No entanto, alguns já tinham recorrido a outras instituições como a Fundação RASA (0,9%), Personerías de outros municípios (0,9%) e outras instituições (tabela 19).

Tabela 19: Assessoria para a interposição da ação de tutela

Assessoria para a interposição da ação de tutela	<i>n (%)</i>
<i>Personería de Medellín</i>	1031 (100)
<i>Personería</i> de outros municípios	9 (0,9)
Fundação RASA	9 (0,9)
Secretaria de saúde	6 (0,6)
<i>Supersalud</i>	6 (0,5)
Advogado particular	5 (0,6)
Universidade de Antioquia	5 (0,5)
Tribunal	5 (0,5)
Procuradoria ¹⁹	4 (0,4)
Outras	4 (0,4)
<i>Defensoría del Pueblo</i>	2 (0,2)

Segundo os inquiridos, as instituições que mais frequentemente violaram o direito à saúde foram as seguradoras do regime contributivo (54,3%) e as do regime subsidiado (40,8%). Foram ainda referidas a Secretaria de Saúde e Proteção Social de Antioquia

¹⁹ A procuradoria faz parte do Ministério Público e tem como funções investigar, sancionar, intervir e prevenir as irregularidades dos governantes e dos funcionários públicos.

(10,2%), as seguradoras do regime especial (2,5%), as instituições prestadoras de cuidados de saúde (1,2%) e outras instituições (0,3%) (tabela 20).

Tabela 20: Instituição que viola o direito à saúde, segundo o inquirido

Instituição que viola o direito à saúde (pode ser mais do que uma)	n (%)
Seguradora regime contributivo	560 (54,3)
Seguradora regime subsidiado	421 (40,8)
Secretaria de saúde e proteção social de Antioquia	105 (10,2)
Seguradora regime especial	26 (2,5)
Instituição prestadora de cuidados de saúde	12 (1,2)
Outra	3 (0,3)

Entre os motivos apontados para a interposição da ação de tutela em saúde, encontram-se diferenças significativas por regime de segurança social ($p < 0,001$). Nos regimes contributivo, subsidiado, especial e nos pobres não segurados, a negação de cuidados de saúde foi a principal motivação para interpor a ação de tutela, sendo superior no contributivo (59,1%), seguido pela demora injustificada na autorização de cuidados de saúde, sendo superior no regime especial (46,2%) e no regime subsidiado (32,9%). Outro motivo importante em toda a amostra foram os custos dos copagamentos²⁰, que podem ser elevados e o paciente não tem capacidade de pagamento (8,9%), chamando a atenção que a percentagem é maior nos pobres não segurados (23,5%). Estes e outros motivos podem ser observados na tabela 21.

Tabela 21: Motivos para interposição da ação de tutela por regime de segurança social

Motivos de interposição da ação de tutela	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Pobre não segurado n (%)	Total n (%)	Valor P
Negação de cuidados de saúde	326 (59,1)	222 (53,0)	13 (50,0)	15 (44,1)	576 (55,9)	

²⁰ Os copagamentos correspondem a uma percentagem do custo do cuidado de saúde, o cálculo é feito de acordo com o salário do paciente, para o regime contributivo são três escalões: 1. 11,2% (pacientes que recebem entre 1 e 2 salários mínimos). 2. 17,30% (pacientes que recebem entre 2 e 5 salários mínimos). 3. 23% (pacientes que recebem mais de 5 salários mínimos). No regime subsidiado para todos os pacientes corresponde a 10% do custo total do serviço.

Motivos de interposição da ação de tutela	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Pobre não segurado n (%)	Total n (%)	Valor P
Demora injustificada na autorização de cuidados de saúde	136 (24,6)	138 (32,9)	12 (46,2)	5 (14,7)	291 (28,2)	
Copagamentos muito elevados, paciente sem capacidade de pagamento	30 (5,4)	53 (12,6)	1 (3,8)	8 (23,5)	92 (8,9)	<0,001 ^a
Pagamento prestações económicas	43 (7,8)	NA	0 (0,0)	NA	43 (4,2)	
Cobrança particular de cuidados de saúde	6 (1,1)	3 (0,7)	0 (0,0)	1 (2,9)	10 (1,0)	
Mudança/filiação seguradora	11 (2,0)	3 (0,7)	0 (0,0)	5 (14,7)	19 (1,8)	
Total	552 (100)	419 (100)	26 (100)	34 (100)	1031 (100)	

^a Teste exato de Fisher

Apenas 8,9% dos próprios demonstraram ter conhecimento da medida provisória²¹ da ação de tutela, em relação aos familiares/amigos em que a percentagem foi aproximadamente o dobro (18,3%) ($p < 0,001$). Mesmo assim, existe um desconhecimento desta ferramenta em ambos os tipos de inquiridos. Só 9,9% solicitou a medida provisória da ação de tutela, ou seja, que o juiz aprove uma ordem provisória para que o paciente aceda aos cuidados de saúde enquanto espera pela sentença definitiva (tabela 22).

Em relação às sentenças da ação de tutela, 11,4% foram emitidas pelo tribunal civil e 11,7%, pelo tribunal penal, o tribunal familiar emitiu 4,9% das sentenças e os tribunais administrativos e laborais emitiram respetivamente 2,4% e 2,7% das sentenças. Cerca de dois terços (66,7%) dos inquiridos respondeu não ter conhecimento do tribunal que emitiu a sentença da ação de tutela. Uma percentagem de 95,9% das sentenças foram decididas a favor do cidadão envolvido na ação de tutela. Das 21 decisões contra, 2 (9,5%) foram impugnadas (tabela 22).

²¹ A medida provisória pode ser solicitada em casos urgentes, por exemplo, quando está em risco a vida do paciente e o acesso aos cuidados de saúde não permitem esperar pela sentença da ação de tutela. Nestes casos, o juiz aprova a medida provisória.

Tabela 22: Decisões da ação de tutela

Decisões da ação de tutela	n (%)
Conhecimento da medida provisória da ação de tutela	
Próprio	37 (8,9)
Familiar/amigo	112 (18,3)
Solicitou medida provisória de ação de tutela	102 (9,9)
Qual o tribunal que emitiu a sentença da ação de tutela	
Civil	118 (11,4)
Penal	121 (11,7)
Familiar	51 (4,9)
Administrativo	25 (2,4)
Laboral	28 (2,7)
Não sabe	688 (66,7)
Total	1031 (100)
Decisão da sentença do juiz	
A favor	989 (95,9)
Contra	21 (2,0)
Não sabe	21 (2,0)
Total	1031 (100)
Impugnação da sentença	
Não	19 (90,5)
Sim	2 (9,5)
Total	21 (100)
Resultado da impugnação	
A favor	1 (50,0)
Contra	1 (50,0)

4.1.6 Tempo que demora a sentença da ação de tutela

A sentença da ação da tutela, segundo os tempos relatados pelos inquiridos, demorou, em média, 10,9 dias (DP=8,0), mediana 10 dias, com mínimo de 0,04 dias e máximo de 90 dias, não havendo diferenças significativas entre o tipo de inquirido²² ($p=0,256$)²³, nem por habilitações literárias ($p=0,850$)²⁴ (dados não mostrados). Relativamente ao tempo oficial registado no site do judiciário e calculado com a data de

²² Ver anexo 7 exploração do tempo que demora a sentença da ação de tutela por género e por tipo de inquirido

²³ Teste T-Student

²⁴ Teste de Kruskal-Wallis

registro da ação de tutela e a data da sentença (n=179), a sentença demorou em média 15,2 dias (DP=15,2), mediana 13 dias, com mínimo 0,05 dias e máximo 158 dias (ver anexo 8 para mais detalhes). Portanto observam-se diferenças significativas em ambas as médias ($p<0,001$), sendo maior nos tempos oficiais (tabela 23).

Tabela 23: Tempo que demora a sair a sentença da ação de tutela

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	P valor
Relatado pelos inquiridos	10,9	8,0	10	0,04	90	<0,001 ^a
Dados oficiais do judiciário	15,2	15,2	13	0,05	158	

^a T-Student para amostras emparelhadas (n=179)

A percepção do tempo de demora da sentença foi significativamente diferente ($p<0,001$), consoante o tipo de inquirido. Cerca de 33,5% dos próprios e 34,9% dos familiares/amigos acharam que o tempo foi reduzido. No entanto, observam-se maiores diferenças nas outras respostas porque uma percentagem de 43,4% dos próprios acharam que o tempo foi normal contra 32,6% dos familiares/amigos. A percepção do tempo como “longo” foi superior nos familiares/amigos (32,5%) contra os próprios que foi de 23,1% ($p<0,001$) (tabela 24).

Tabela 24: Percepção do tempo de demora da sentença

Variável	Próprio n (%)	Familiar/amigo n (%)	Valor P
Curto	126 (33,5)	198 (34,9)	<0,001
Normal	163 (43,4)	185 (32,6)	
Longo	87 (23,1)	184 (32,5)	
Total	376 (100)	567 (100)	

No que se refere ao cumprimento do tempo estabelecido na legislação para emitir a sentença da ação de tutela (que deve ser no máximo dez dias úteis), segundo os dados relatados pelos inquiridos, em 70,6% dos casos a sentença foi dada no tempo

regulamentado²⁵. De acordo com os dados oficiais pesquisados no site do judiciário o cumprimento foi de 76,0% (cálculos realizados com 14 dias de calendário).

Por tipo de regime de segurança social, o cumprimento do tempo das sentenças foi similar entre os utentes do regime subsidiado (71,2%) e do regime contributivo (71,0%), nos casos em que o incumprimento das sentenças foi superior foi com os utentes sem nenhum tipo de regime, classificados como pobres não segurados (42,3%). Porém, estas diferenças não são significativas ao nível de significância de 5% ($p=0,49$) (tabela 25).

Tabela 25: Cumprimento do prazo da sentença da ação de tutela por regime de segurança social

Regime segurança social	Cumprimento prazo sentença		Valor P
	Cumpre (≤ 14 dias) n (%)	Não cumpre (> 14 dias) n (%)	
Contributivo	355 (71,0)	145 (29,0)	0,49
Subsidiado	277 (71,2)	112 (28,8)	
Especial	16 (66,7)	11 (33,3)	
Nenhum (pobres não segurados)	15 (57,7)	11 (42,3)	

Relativamente ao cumprimento dos tempos para emitir a sentença da ação de tutela, entre o ano 2011 e 2014, observa-se que, com o passar dos anos, o cumprimento tem melhorado, exceto no ano 2013. No último ano do período em estudo o cumprimento foi de 79,4%. Ao nível de 5%, estas diferenças são significativas ($p=0,009$) (tabela 26).

Tabela 26: Cumprimento do prazo da sentença da ação de tutela por ano

Ano	Cumpre	Não cumpre	Valor P
2011	189 (65,9)	98 (34,1)	

²⁵ Os 10 dias úteis passaram a ser 14 dias para abranger dois fins-de-semana porque os inquiridos responderam em dias de calendário.

Ano	Cumpre	Não cumpre	Valor P
2012	193 (72,6)	73 (27,4)	0,009
2013	138 (67,0)	68 (33,0)	
2014	143 (79,4)	37 (20,6)	

Comparar as sentenças de tutela a favor dos utentes com o grau de cumprimento e acesso real aos cuidados de saúde

4.1.7 Acesso aos cuidados de saúde após a sentença da ação de tutela

O acesso aos cuidados de saúde, após a decisão favorável da ação de tutela, ocorreu em 76,2% dos casos, o acesso parcial foi de 14,0% e não ocorreu em 9,8% dos casos. Apresentam-se diferenças significativas no acesso por tipo de regime de segurança social ($p=0,005$), registando-se uma percentagem de 90,6% dos pacientes pobres não segurados e mais de três quartos (79,6%) dos pacientes do regime contributivo que conseguiram acesso aos cuidados de saúde solicitados. Em relação ao acesso parcial, ocorreu em mais de uma quarta parte (26,9%) dos pacientes do regime especial e em 15,4% dos pacientes do regime subsidiado. A percentagem mais alta de não acesso corresponde aos pacientes do regime especial (15,4%) e do regime subsidiado (12,9%) (tabela 27).

Tabela 27: Acesso aos cuidados de saúde por regime de segurança social depois de receber a sentença favorável da ação de tutela

Regime de segurança social	Acesso aos cuidados de saúde			Valor P
	Sim n (%)	Parcialmente n (%)	Não n (%)	
Contributivo	421 (79,6)	68 (12,9)	40 (7,6)	0,005 ^a
Subsidiado	289 (71,7)	62 (15,4)	52 (12,9)	
Especial	15 (57,7)	7 (26,9)	4 (15,4)	
Pobre não segurado	29 (90,6)	2 (6,3)	1 (3,1)	

^a Teste exato de Fisher

O número mediano de dias que foram necessários até o utente ter acesso aos cuidados de saúde solicitados foi de 10 dias ($Q1=3$ e $Q3=20$) (apresenta-se diferenças entre o tipo de inquirido, teste de Mann-Whitney $p=0,012$), mas por habilitações literárias

não há diferenças significativas ($p=0,765$)²⁶ (dados não mostrados). O tempo mínimo de espera foi de 0,13 dias (três horas aproximadamente), mas o máximo foi muito elevado (730 dias).

A percepção do tempo até aceder aos cuidados de saúde por tipo de inquirido foi significativamente diferente ($p<0,001$), sendo considerado reduzido em 24,4% dos próprios contra 32,5% do referido pelos familiares/amigos. Uma percentagem de 29,9% dos próprios acharam que o tempo foi normal, contra o 23,1% dos familiares/amigos. Para mais da terceira parte dos inquiridos, a percepção do tempo foi longa em ambos os tipos de inquiridos (tabela 28).

Tabela 28: Tempo que demora para o paciente aceder aos cuidados de saúde solicitados depois de receber a sentença da ação de tutela

Tempo do acesso			
Número mediano de dias que demorou a aceder aos cuidados de saúde após a sentença [Q1-Q3]		10 [3,0-20,0]	
	Próprio n (%)	Familiar n (%)	Valor P
Percepção do tempo até aceder aos cuidados de saúde			
Curto	88 (24,4)	173 (32,5)	<0,001
Normal	108 (29,9)	123 (23,1)	
Longo	121 (33,5)	192 (36,0)	
Não sabe	44 (12,2)	45 (8,4)	
Total	361 (100)	533 (100)	

*Para as variáveis qualitativas n (%) e Mediana [Mínimo e Máximo] para as variáveis quantitativas

Segundo o decreto nº 2591 de 1991, o acesso aos cuidados de saúde após emitida a sentença da ação de tutela deve ser inferior a dois dias. Na amostra, o cumprimento deste decreto aconteceu em 17,9% dos casos estudados, em 82,1% não se cumpriu o decreto porque o tempo foi superior a dois dias. Há mesmo casos em que o acesso aos cuidados de saúde, por exemplo, demorou mais de dois anos, nomeadamente para uma cirurgia denominada amigdalectomia. Neste sentido, verifica-se um incumprimento da legislação, podendo afetar o estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

²⁶ Teste de Kruskal-Wallis

O incumprimento é semelhante segundo o regime de segurança social ($p=0,824$). Quase uma quinta parte dos pacientes do regime contributivo conseguiram o acesso no tempo regulamentado. Uma percentagem de 19,4% dos pacientes pobres não segurados acederam em menos de dois dias (tabela 29).

Tabela 29: Cumprimento do prazo previsto na lei para aceder aos cuidados de saúde após receber a sentença da ação de tutela por regime de segurança social

Regime segurança social	Cumprimento prazo acesso		Valor P
	Cumpriu	Não cumpriu	
	(≤ 2 dias) n (%)	(> 2 dias) n (%)	
Contributivo	97 (19,8)	392 (80,2)	0,824 ^a
Subsidiado	61 (17,3)	291 (82,7)	
Especial	4 (18,2)	18 (81,8)	
Nenhum (pobres não segurados)	6 (19,4)	25 (80,6)	

^a Teste exato de Fisher

Por seguradora, o cumprimento do tempo regulamentado para aceder aos cuidados de saúde é similar ($p=0,97$). Uma percentagem próxima ou superior a 80% das seguradoras de todos os regimes está em desacato, pois não estão a cumprir com o tempo fixado na legislação em vigor (menor que dois dias) (tabela 30).

Tabela 30: Cumprimento do prazo previsto na lei para aceder aos cuidados de saúde após receber a sentença da ação de tutela por seguradora

Seguradoras	Cumprimento prazo		Valor P
	Cumpriu	Não cumpriu	
	(≤ 2 dias) n (%)	(> 2 dias) n (%)	
Coomeva	29 (20,4)	113 (79,6)	
Nueva EPS	15 (16,1)	78 (83,9)	
Cafesalud	13 (15,7)	70 (84,3)	
Sura	14 (22,6)	48 (77,4)	
Comfenalco	10 (16,4)	51 (83,6)	

Seguradoras	Cumprimento prazo		Valor P
	Cumpriu	Não cumpriu	
	(≤ 2 dias)	(> 2 dias)	
	n (%)	n (%)	
Salud Total	13 (22,8)	44 (77,2)	0,97 ^a
Saludcoop	8 (21,1)	30 (78,9)	
Cruz Blanca	5 (23,8)	16 (76,2)	
Fundación Médico Preventiva	4 (20,0)	16 (80,0)	
Outras	2 (13,3)	13 (86,6)	
Comfama	21 (19,6)	86 (80,4)	
Saviasalud	13 (16,0)	68 (84,0)	
Emdisalud	3 (9,7)	28 (90,3)	
Caprecom	7 (25,0)	21 (75,0)	
Outras	5 (21,7)	18 (78,2)	

^aTeste exato de Fisher

Na tabela 31, encontram-se classificados os tipos de cuidados de saúde e outras solicitações, podendo-se observar que em algumas das solicitações o cumprimento do tempo regulamentado apresenta diferenças significativas, por exemplo, no total de pacientes que solicitaram referência, uma percentagem de 58,3% conseguiu aceder ao serviço em menos de 2 dias porque já estavam hospitalizados e precisavam de mudar para outro hospital de maior complexidade ($p=0,003$).

Em relação ao incumprimento, praticamente em todas as solicitações as percentagens de incumprimento do tempo regulamentado para aceder ao serviço são elevadas, como nas solicitações de cuidados domiciliários, transporte, alojamento e alimentação e no pagamento de licença de paternidade. Em solicitações de medicamentos, procedimentos, produtos médicos e equipamentos (fraldas e cadeiras de rodas) o incumprimento é muito elevado e encontraram-se diferenças significativas para 5% (tabela 31).

Tabela 31: Cumprimento do prazo previsto na lei para o acesso por tipo de cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela

Cuidados de saúde e outras solicitações	Cumprimento do prazo para aceder aos cuidados com a sentença favorável da ação de tutela		Valor p
	Cumpre (≤ 2 Dias)	Não cumpre (> 2 Dias)	
	n (%)	n (%)	
Medicina de família	2 (33,3)	4 (66,7)	0,315 ^a
Consulta de especialidade	27 (14,6)	158 (85,4)	0,101
Medicamentos	69 (24,0)	219 (76,0)	0,006
Cirurgia	23 (13,7)	145 (86,3)	0,060
Análises clínicas	9 (36,0)	16 (64,0)	0,066 ^a
Tratamento	5 (12,8)	34 (87,2)	0,329
Imagens diagnósticas	13 (16,9)	64 (83,1)	0,654
Procedimentos	3 (7,0)	40 (93,0)	0,042
Produtos médicos e equipamentos	15 (10,3)	131 (89,7)	0,004
Cuidados de saúde integrais	17 (13,8)	106 (86,2)	0,129
Pagamentos de incapacidades	7 (24,1)	22 (75,9)	0,454
Pagamento licença de maternidade	1 (10,0)	9 (1,0)	0,698 ^a
Pagamento licença de paternidade	0 (0,0)	1 (100)	NA
Exoneração de copagamentos	29 (25,2)	86 (74,8)	0,059
Filiação seguradora	5 (23,8)	16 (76,2)	0,571 ^a
Seguradora pague a conta ao prestador de saúde	4 (50,0)	4 (50,0)	0,045 ^a
Mudança de seguradora	1 (50,0)	1 (50,0)	NA

Cuidados de saúde e outras solicitações	Cumprimento do prazo para aceder aos cuidados com a sentença favorável da ação de tutela		Valor p
	Cumpre (≤ 2 Dias)	Não cumpre (> 2 Dias)	
	n (%)	n (%)	
Avaliação neuropsicologia	1 (12,5)	7 (87,5)	1,000 ^a
Referenciação	7 (58,3)	5 (41,7)	0,003 ^a
Cuidados domiciliários	0 (0,0)	2 (100)	NA
Transporte, alojamento, alimentação	0 (0,0)	3 (100)	NA

^aTeste exato de Fisher

Comparativamente no período do estudo, verifica-se que não há diferenças significativas ($p=0,429$), sendo que o cumprimento no tempo regulamentado permaneceu praticamente estável entre 2011 e 2014 (tabela 32).

Tabela 32: Cumprimento do prazo previsto na lei para aceder aos cuidados de saúde e outras solicitações na ação de tutela por ano 2011-2014

Ano	Cumpre (≤ 2 dias) n (%)	Não cumpre (> 2 dias) n (%)	Valor p
2011	58 (21,2)	215 (78,8)	0,429
2012	49 (19,8)	198 (80,2)	
2013	32 (16,2)	166 (83,8)	
2014	29 (16,5)	147 (83,5)	
Total	168 (18,8)	726 (81,2)	

4.1.8 Incidente de desacato: por incumprimento da sentença da ação de tutela

Quanto ao incidente de desacato, apresenta-se a tabela 33. Dos 236 utentes que não tiveram acesso ou apenas parcial aos cuidados de saúde com a sentença favorável da ação de tutela, uma percentagem de 67,4% (159) referiu ter conhecimento do incidente de desacato²⁷, por tipo de inquirido ($p=0,267$) e por ano ($p=0,731$) não há diferenças significativas. Desses ($n=159$), 69,2% ($n=110$) utilizaram o recurso para fazer cumprir a sentença. O número mediano de incidentes de desacato interpostos foi de 1 ($Q1=1$ e $Q3=2$) com um mínimo de 1 incidente e máximo de 10 incidentes por indivíduo. As entidades mais frequentemente referenciadas com o incidente de desacato foram as seguradoras do regime contributivo (49,1%) e as do regime subsidiado (41,8%).

A sentença de incidente de desacato demorou, em média, cerca de 11,1 dias ($DP=11,8$), mediana 8 dias, com mínimo de 1 dia e máximo de 90 dias (não há diferenças nos tempos relatados por tipo de inquirido, teste de Mann-Whitney $p=0,462$). No artigo 52 do Decreto nº 2591 de 1991 não fixa um prazo determinado para emitir a sentença do incidente de desacato, só a partir de junho de 2014 a Corte Constitucional estabeleceu que o tempo limite para emitir uma sentença de incidente de desacato é de dez dias úteis (45). A perceção do tempo de demora para a decisão do incidente de desacato, segundo os inquiridos foi longa para 44,5%, “normal” para 20,9% e curta para 17,3% dos indivíduos.

Só 52,7% dos doentes tiveram acesso aos cuidados de saúde após esta decisão, 31,8% referiram que o acesso foi parcial e 14,5% referiram não ter acesso. O número mediano de dias que foram necessários até o utente ter acesso aos cuidados de saúde solicitados foi de 15 dias ($Q1= 5,7$ e $Q3= 32,0$) (apresenta-se diferenças entre o tipo de inquirido teste de Mann-Whitney $p=0,013$) (dados não mostrados). O tempo mínimo de espera foi de 1 dia e o máximo de 730 dias. Relativamente ao tempo para aceder aos cuidados de saúde com o incidente de desacato, mais de metade dos inquiridos consideraram que foi longo (63,4%), reduzido (16,1%) e normal (12,9%).

²⁷ Recordando que o incidente de desacato é o último recurso que o paciente tem quando a entidade não cumpre a sentença da ação de tutela. No caso de haver incumprimento da sentença do incidente de desacato, o funcionário responsável pode ser multado ou ser sujeito a prisão.

Tabela 33: Incidente de desacato

Incidente de desacato	<i>n</i> (%)
Conhecimento do incidente de desacato	
Sim	159 (67,4)
Não	77 (32,6)
Total	236 (100)
Utilização do incidente de desacato (aplica-se quando a entidade não cumpre a sentença da ação de tutela)	
Sim	110 (69,2)
Não	49 (30,8)
Total	159 (100)
Nº de incidentes de desacato interpostos Mediana (Q1-Q3) [mín-máx]	1 (1-2) [1-10]
Entidade que desacata a sentença da ação de tutela	
Seguradora regime contributivo	54 (49,1)
Seguradora regime subsidiado	46 (41,8)
Seguradora regime subsidiada e Secretaria Seccional de Saúde	8 (7,3)
Secretaria Seccional Saúde de Antioquia SSSA	1 (0,9)
Fundo de pensões	1 (0,9)
Total	110 (100)
Tempo que demorou a sair a sentença de desacato (dias) M(DP) [mín-máx]	11,1 (11,8) [1-90]
Percepção do tempo até sair a sentença de desacato	
Longo	49 (44,5)
Normal	23 (20,9)
Curto	19 (17,3)
Não sabe	19 (17,3)
Total	110 (100)
Acesso aos cuidados de saúde após sentença do incidente do desacato	
Sim	58 (52,7)
Parcialmente	35 (31,8)
Não	16 (14,5)
Em processo	1(0,9)
Total	110 (100)
Tempo que demorou a aceder aos cuidados de saúde após sentença do desacato (dias) mediana (Q1-Q3) [mín-máx]	15 (5,7-32,0) [1-730]

Incidente de desacato	n (%)
Percepção do tempo até aceder aos cuidados de saúde com a sentença de desacato	
Longo	59 (63,4)
Curto	15 (16,1)
Normal	12 (12,9)
Não sabe	7 (7,5)
Total	93 (100)

*Para as variáveis qualitativas n (%) e Média, DP, mediana, [Mínimo e Máximo] para as variáveis quantitativas

Por tipo de regime de segurança social apresenta-se diferenças significativas ($p=0,008$), mais de três quartos dos pacientes do regime contributivo (76,6%) e um pouco mais um quarto (27,5%) dos pacientes do regime subsidiado conseguiram acesso. A metade dos pacientes do regime especial (50,0%) e uma percentagem de 42,9% do regime subsidiado conseguiram um acesso parcial. Chama-se a atenção que 60,8% dos pacientes do regime subsidiado não conseguiram acesso ou este foi parcial. Os pacientes sem acesso ou com acesso parcial aos cuidados de saúde esgotaram os recursos da ação de tutela e do incidente de desacato e nem assim o sistema de saúde resolveu suas necessidades em saúde (tabela 34).

Tabela 34: Acesso aos cuidados de saúde após emitida a sentença favorável do incidente de desacato por regime de segurança social

Regime de segurança social	Acesso aos cuidados de saúde			Valor P
	Sim n (%)	Parcialmente n (%)	Não n (%)	
Contributivo	36 (76,6)	7 (14,9)	4 (8,5)	0,008 ^a
Subsidiado	21 (27,5)	24 (42,9)	10 (17,9)	
Especial	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	
Pobres não segurados	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	

^a Teste exato de Fisher

Na totalidade, juntando a ação de tutela e o incidente de desacato, foi referido pelos inquiridos que 78,8% ($n=812$) conseguiram aceder aos cuidados de saúde, aos quais

se acrescentam mais 128 (12,4%) com acesso parcial. Do total de inquiridos, 8,8% (n=91) não conseguiram aceder aos cuidados de saúde (tabela 35).

Tabela 35: Acesso aos cuidados de saúde - global

Acesso aos cuidados de saúde global (ação de tutela + incidente de desacato)	n (%)
Sim	812 (78,8)
Parcialmente	128 (12,4)
Não	91 (8,8)

A maior parte dos utentes (61,0%) diz que não efetuou qualquer pagamento para aceder aos cuidados de saúde. No entanto, cerca de 25,0% dos pacientes referem que efetuaram pelo menos um copagamento para aceder aos cuidados de saúde após emitida a sentença da ação de tutela (Figura 11). É importante referir que 55,3% dos destinatários do recurso judicial antes de interpor a ação de tutela fizeram pagamentos diretos em saúde (dado não mostrado).

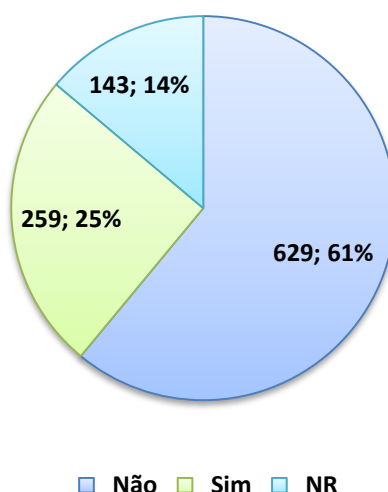


Figura 11: Percentagem de inquiridos que referem que tiveram que fazer copagamentos para aceder aos cuidados de saúde

Uma parte importante dos próprios afirmou sentir um agravamento do seu estado de saúde (38,5%), enquanto os familiares/amigos que forneceram a informação também reportaram mudanças negativas na saúde do destinatário da ação de tutela (41,1%)

enquanto esperavam pela sentença. Uma percentagem similar, em ambos os tipos de inquiridos, não reportaram nenhuma mudança negativa ($p=0,621$) (Figura 12).

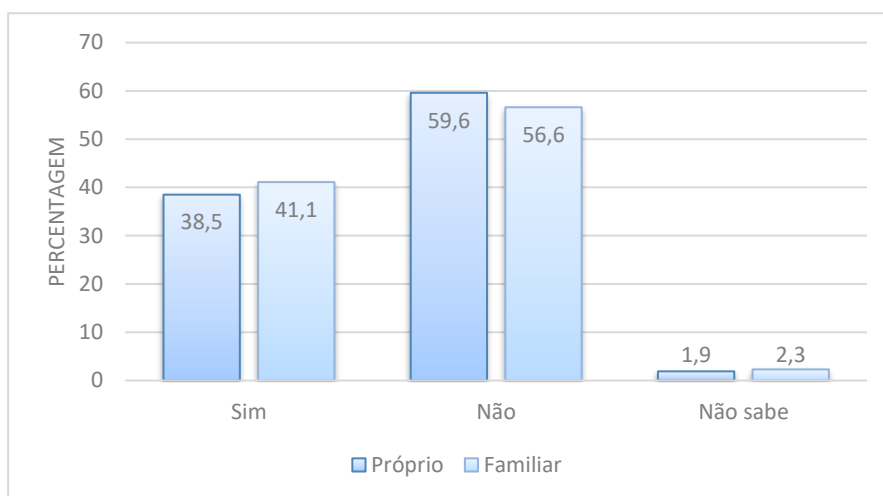


Figura 12: Agravamento do estado de saúde desde que interpôs a ação de tutela até receber a sentença da ação de tutela referido pelo próprio e pelo familiar

Do total dos beneficiários da ação de tutela alegadamente por doença, 112 (10,9%) morreram. Em 82 casos (73,2%), o inquirido referiu que a morte esteve relacionada com a doença pela qual tiveram que interpor a ação de tutela para aceder aos cuidados de saúde (Figura 13).

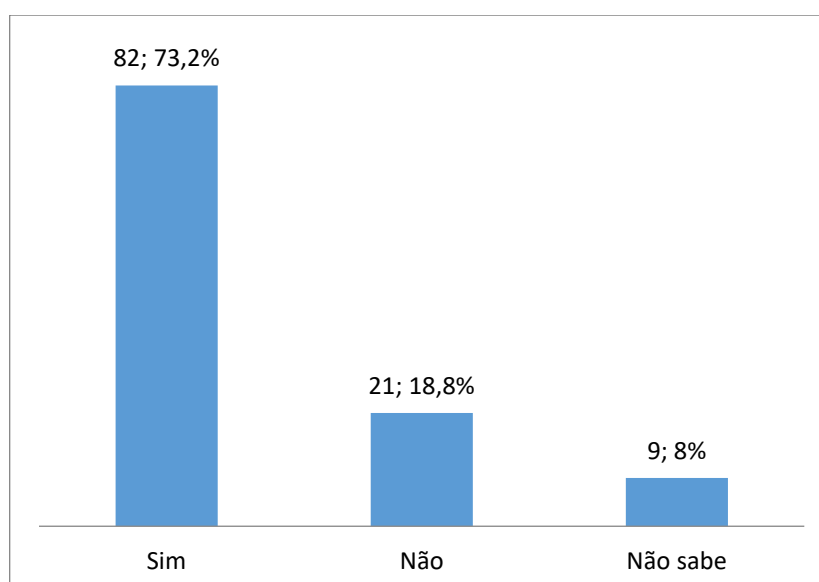


Figura 13: Morte relacionada com a doença pela qual interpôs a ação de tutela referida pelo inquirido

Para esta amostra (n=112), o número mediano de dias que demorou entre a data da ação de tutela e a data da morte foi de 378 dias (Q1= 105,5, Q3=753,2). Uma percentagem de 14,9% (n=15) dos destinatários da ação de tutela morreram enquanto esperavam pela sentença.

4.1.9 Caraterísticas dos pacientes que morreram

Dos pacientes que morreram, 51,8% (n=58) eram do sexo feminino e 48,2% (n=54) do sexo masculino. A média de idades dos indivíduos até à data da morte foi de 67,3 anos (DP=23,0 anos), mediana 74 anos. Refira-se que, 22,3% (n=25) pertenciam a um grupo específico, como deslocados pela violência e deficientes.

No que diz respeito ao regime de segurança social, 55,4% eram do regime contributivo e 42,9% do subsidiado. O grupo de doenças mais frequentes foram as neoplasias (31,3%), seguido de doenças do sistema nervoso (15,2%) e doenças do aparelho respiratório e circulatório, cada um com 11,6%.

Segundo o inquirido, o beneficiário da ação de tutela que morreu, em 65,2% dos casos teve gastos do seu bolso em saúde, 88,4% foram hospitalizados antes de interpor a ação de tutela e 27,7% estavam hospitalizados no dia em que foi interposto o recurso judicial.

A perceção do estado de saúde do utente que morreu, segundo o inquirido, foi tendencialmente negativa, sendo que 70,6% relataram um estado de saúde mau e muito mau e 17,9% como mais ou menos.

O número médio de ações de tutela foi de 1,37 (DP= 0,7), (mediana 1) para um mínimo de uma tutela e máximo de cinco tutelas. De notar que 94,6% das sentenças foram a favor do indivíduo, o número mediano de dias que demorou a sair a sentença foi de 10 dias (Q1=5, Q3=15). Em 67,3% dos casos, a sentença foi dada no tempo regulamentado e em 32,7% houve incumprimento judicial, porque demorou mais de dez dias uteis (cálculo realizado com 14 dias de calendário). Uma percentagem de 67,0% (n=75) conseguiu aceder aos cuidados de saúde, em 14,3% (n=16) o acesso foi parcial, em 13,4% (n=15) não conseguiram aceder aos cuidados de saúde porque morreram enquanto esperavam pela sentença ou em data próxima após emitida a sentença e em 5,4% (n=6) não se conseguiu estabelecer por falta de informação do inquirido. O número mediano de dias que demorou até aceder aos cuidados de saúde após a sentença foi de 8 dias. Relativamente ao cumprimento da lei que regulamenta o acesso aos cuidados de saúde,

apenas em 19,8% (n=18) dos casos se cumpriram, pois, o acesso aconteceu em menos de dois dias e nos restantes casos (80,2%) houve incumprimento.

4.1.10 Modelação da decisão do juiz no tempo previsto pela lei, tendo em conta um conjunto de variáveis independentes

Para realizar o modelo de regressão logística usou-se como variável dependente a dicotomização do tempo que demora o juiz em emitir a sentença da ação de tutela no tempo previsto na lei, sendo igual ou inferior a 14 dias (cumprimento da lei) e superior a 14 dias (incumprimento). Foram incluídas no modelo as variáveis independentes com significância inferior a 0,10, tais como: ano da ação de tutela, zona de residência e nível socioeconómico. Dado que em alguns modelos de regressão logística múltipla, ao incluir o nível socioeconómico foram registadas algumas instabilidades numéricas no processo de obter as estimativas dos coeficientes do modelo, foram agrupados os níveis 5 e 6 (médio alto e alto), de forma a ficar com uma categoria com maior dimensão.

Em relação aos cuidados de saúde solicitados, foram incluídos tratamento, procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade e cuidados de saúde integrais. As variáveis idade e género foram incluídas no modelo por ser relevantes na temática embora não tenham significância estatística (tabela 36).

Tabela 36: Regressões logísticas simples para modelar a decisão do juiz no tempo previsto pela lei

Variáveis	Cumprimento da lei		Total n (%)	Valor P
	Sim	Não		
	(≤ 14 dias) n (%)	(> 14 dias) n (%)		
Ano da ação de tutela				
2011	189 (65,9)	98 (34,1)	287 (100)	0,007
2012	193 (72,6)	73 (27,4)	266 (100)	
2013	138 (67,0)	68 (39,1)	206 (100)	
2014	143 (79,4)	37 (20,6)	180 (100)	
Zona de residência				
Zona 1 Nororiental	175 (73,5)	63 (26,5)	238 (100)	0,048
Zona 2 Norocidental	135 (75,8)	43 (24,2)	178 (100)	
Zona 3 Centro-Oriental	86 (71,7)	34 (28,3)	120 (100)	
Zona 4 Centro-Occidental	61 (69,3)	27 (30,7)	88 (100)	

Variáveis	Cumprimento da lei		Total n (%)	Valor P
	Sim	Não		
	(≤ 14 dias) n (%)	(> 14 dias) n (%)		
Zona 5 Suroriental	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)	
Zona 6 Suroccidental	53 (66,3)	27 (33,8)	80 (100)	
Zona 7 rural	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (100)	
Municípios da área metropolitana	62 (64,6)	34 (35,4)	96 (100)	
Outros municípios da região	65 (72,2)	25 (27,8)	90 (100)	
Nível socioeconómico				
Um	139 (78,5)	38 (21,5)	177 (100)	
Dois	278 (67,1)	136 (32,9)	414 (100)	
Três	156 (68,1)	73 (31,9)	229 (100)	0,010
Quatro	35 (83,3)	7 (16,7)	42 (100)	
Cinco e seis	16 (61,5)	10 (38,5)	26 (100)	
Solicitações na ação de tutela				
Tratamento				
Sim	21 (56,8)	16 (43,2)	37 (100)	0,068
Não	642 (71,2)	260 (28,8)	902 (100)	
Procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade				
Sim	22 (55,0)	18 (45,0)	40 (100)	0,033
Não	641 (71,3)	258 (28,7)	899 (100)	
Cuidados de saúde integrais				
Sim	102 (76,7)	31 (23,3)	133 (100)	0,090
Não	561 (69,6)	245 (30,4)	806 (100)	

Após as regressões logísticas simples, as variáveis com valor de significância inferior a 0,10, e outras variáveis potencialmente de confundimento (idade e género) foram inseridas em vários modelos de regressão logística múltipla de forma a obter as estimativas dos odds ratio ajustados. Por exemplo, usando o procedimento Forward: LR, foi obtido um modelo contendo as variáveis ano da ação de tutela, zona de residência, nível socioeconómico e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade (tabela 37).

As variáveis presentes no modelo sugerem que há maior chance de cumprimento do tempo regulamentado nos pacientes destinatários da ação de tutela que interpuseram o recurso judicial em 2012 (OR=1,47) e 2014 (OR= 1,95), em comparação com o ano 2011 e com significância estatística em ambos os anos.

Relativamente à zona de residência, assumindo a zona 1 Nororiental como referência, o modelo sugere que os residentes da Zona 7 Rural com $OR=0,30$ ($p=0,003$) e residentes de municípios da área metropolitana com $OR=0,55$ ($p=0,035$) tem menos chances de obter uma sentença da ação de tutela em menos de dez dias úteis.

O nível socioeconómico é significativo para o modelo, tendo em conta a referência utilizada (nível mais baixo), os níveis dois com $OR= 0,54$ ($p=0,008$) e três com $OR= 0,60$ ($p=0,048$), parecem ter menos chances de obter uma sentença no tempo regulamentado.

Quanto às solicitações de cuidados de saúde, no caso dos pacientes que solicitaram procedimentos cirúrgicos tem menos chance de obter uma sentença no tempo regulamentado ($OR=0,42$) ($p=0,013$) em comparação com os pacientes que não solicitaram este tipo de cuidados de saúde (tabela 37).

Tabela 37: Regressão logística múltipla para modelar a variável decisão do juiz no tempo previsto pela lei²⁸

Variável	OR	IC a 95%		Valor P
		Inferior	Superior	
Ano da ação de tutela				
2011	Referência			
2012	1,47	1,00	2,16	0,050
2013	1,00	0,66	1,50	1,000
2014	1,95	1,22	3,12	0,005
Zona de residência				
Zona 1 Nororiental	Referência			
Zona 2 Norocidental	1,31	0,82	2,10	0,257
Zona 3 Centro-Oriental	0,88	0,52	1,48	0,633
Zona 4 Centro-Occidental	0,73	0,40	1,33	0,312
Zona 5 Suroriental	1,36	0,22	8,33	0,733
Zona 6 Suroccidental	0,63	0,34	1,13	0,126
Zona 7 rural	0,30	0,14	0,66	0,003
Municípios área metropolitana	0,55	0,32	0,96	0,035
Outros municípios da região	0,71	0,38	1,32	0,289
Nível socioeconómico				
Um	Referência			
Dois	0,54	0,35	0,85	0,008

²⁸ Ajustado pela idade e género

Variável	OR	IC a 95%		Valor P
		Inferior	Superior	
Três	0,60	0,36	0,99	0,048
Quatro	1,51	0,58	3,89	0,394
Cinco e seis	0,49	0,17	1,37	0,177
Cuidados de saúde solicitados				
Procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade				
Não	Referência			
Sim	0,42	0,21	0,83	0,013

4.1.11 Modelação do acesso a cuidados de saúde nos tempos legais tendo em conta um conjunto de variáveis independentes

Para realizar o segundo modelo de regressão logística usou-se como variável dependente a dicotomização do tempo que demora o paciente destinatário da ação de tutela em aceder aos cuidados de saúde no tempo previsto na lei, sendo inferior a 2 dias o tempo máximo estipulado (cumprimento) e superior a 2 dias (incumprimento). Após as regressões logísticas simples, foram inseridas em diferentes modelos de regressão logística múltipla, por exemplo com o procedimento Forward: LR, as variáveis independentes que mostraram significância estatística inferior a 0,10 tais como género, hospitalização prévia nos últimos cinco anos da interposição da ação de tutela e tipos de cuidados de saúde solicitados: consulta de especialidade, medicamentos, cirurgia, análises clínicas, procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, produtos médicos, e outras solicitações, como exoneração de copagamentos e referenciação; também foi incluída a variável idade por ser muito importante embora não seja significativa (tabela 38).

Tabela 38: Regressões logísticas simples para modelar o tempo de acesso aos cuidados de saúde no tempo previsto pela lei após a decisão favorável do juiz

Variáveis	Cumprimento da lei			Valor P
	Sim (≤ 2 dias)	Não (> 2 dias)	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Género				
Masculino	86 (22,9)	289 (77,1)	375 (100)	0,007

Variáveis	Cumprimento da lei		Total n (%)	Valor P
	Sim (≤ 2 dias) n (%)	Não (> 2 dias) n (%)		
Feminino	82 (15,8)	437 (84,2)	519 (100)	
Hospitalização prévia nos últimos 5 anos da interposição da ação de tutela				
	111 (23,9)	354 (76,1)	465 (100)	<0,001
Solicitações na ação de tutela				
Consulta de especialidade				
Sim	27 (14,6)	158 (85,4)	185 (100)	0,093
Não	141 (19,9)	568 (80,1)	709 (100)	
Medicamentos				
Sim	69 (24,0)	219 (76,0)	288 (100)	0,007
Não	99 (16,3)	507 (83,7)	606 (100)	
Cirurgia				
Sim	23 (13,7)	145 (86,3)	168 (100)	0,053
Não	145 (20,0)	581 (80,0)	726 (100)	
Análises clínicas				
Sim	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (100)	0,040
Não	159 (18,3)	710 (81,7)	869 (100)	
Procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade				
Sim	3 (7,0)	40 (93,0)	43 (100)	0,024
Não	165 (19,4)	686 (80,6)	851 (100)	
Produtos médicos				
Sim	15 (10,3)	131 (89,7)	146 (100)	0,002
Não	153 (20,5)	595 (79,5)	748 (100)	
Copagamentos				
Sim	29 (25,2)	86 (74,8)	115 (100)	0,067
Não	139 (17,8)	640 (82,2)	779 (100)	
Referenciação				
Sim	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (100)	0,002
Não	161 (18,3)	721 (81,7)	882 (100)	

Ao analisar conjuntamente as variáveis com $p < 0,10$, ajustando pela idade e género, usando diferentes modelos de regressão logística múltipla, frequentemente, os modelos finais incluem como significativas as variáveis: género, hospitalização prévia nos últimos 5 anos, solicitações de consultas de especialidade, medicamentos, produtos médicos e referenciação. Um dos modelos apresentados, na Tabela 39, mostra que há maior chance de aceder aos cuidados de saúde em menos de 2 dias (tempo regulamentado na lei) nos pacientes que tiveram hospitalização prévia nos últimos 5 anos com $OR=1,93$ ($p < 0,001$) e pacientes que solicitam medicamentos com $OR=1,45$ ($p=0,047$).

Em relação aos pacientes que solicitam referenciação, tem 5 vezes mais chances de aceder aos cuidados de saúde no tempo regulamentado ($OR=5,00$) ($p=0,009$). Esta situação pode ser explicada porque os pacientes estavam hospitalizados no dia em que foi interposta a ação de tutela e, portanto, poderão precisar com urgência de aceder aos cuidados de saúde.

Tabela 39: Regressão logística múltipla para modelar a variável tempo de acesso aos cuidados de saúde no tempo previsto pela lei após a decisão favorável do juiz²⁹

Variáveis	OR	IC a 95%		Valor P
		Inferior	Superior	
Gênero				
Masculino	Referência			
Feminino	0,64	0,45	0,91	0,014
Hospitalização prévia nos últimos 5 anos da interposição da ação de tutela				
Não	Referência			
Sim	1,93	1,34	2,79	<0,001
Solicitações na ação de tutela				
Consulta de especialidade				
Não	Referência			
Sim	0,61	0,37	0,99	0,047
Medicamentos				

²⁹ Ajustado pela idade e género

Variáveis	OR	IC a 95%		Valor P
		Inferior	Superior	
Não	Referência			
Sim	1,45	1,00	2,09	0,047
Produtos médicos				
Não	Referência			
Sim	0,35	0,19	0,65	0,001
Referenciação				
Não				
Sim	5,00	1,50	16,6	0,009

4.2. Resultados componente qualitativa

No presente subcapítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise de conteúdo dos dados recolhidos durante as entrevistas realizadas. Estes dados foram reunidos de forma sistemática e classificados em categorias e subcategorias. Esta sistematização permitiu organizar os dados recolhidos procurando responder aos objetivos propostos inicialmente.

4.2.1 Caraterização da amostra

A amostra do estudo qualitativo englobou um total de quinze entrevistas, sete tiveram a ação da tutela em 2011, sete em 2014 e apenas um em 2013. Em quase todos os casos, quem forneceu a informação foi o familiar que interpôs a ação de tutela, num caso foi o próprio com o pai como acompanhante, quatro referem ser a mãe, três referem que é o filho, dois referem ser o irmão, dois mencionam ser a esposa, dois dizem ser a avó e, por último, um refere ser o neto (tabela 40). Os motivos para entrevistar o familiar, e não o próprio, prendem-se com o facto de ter sido estes a interpor a ação de tutela e, portanto, tinham o conhecimento da forma como o processo decorreu e de aspetos ligados à exigibilidade do direito à saúde. Além disso, a gravidade dos diagnósticos, a incapacidade do doente, e mesmo a morte, não permitiram fazer a entrevista sempre ao próprio.

Tabela 40: Caraterização dos entrevistados parte qualitativa

Entrevistados	n
Próprio	
Próprio/com acompanhante	1
Familiares	
Mãe	4
Filho/a	3
Irmã/irmão	2
Esposa	2
Avó	2
Neto/a	1
Total	15

De seguida descrevem-se as características dos destinatários da ação de tutela (tabela 41), sendo sete do sexo feminino e oito do sexo masculino. Os utentes a quem se destinou a ação de tutela tinham idades entre os 10 e os 84 anos, com uma média de idades de 45 anos ($DP = 27$ anos).

As habilitações dos destinatários da ação de tutela, são relativamente baixas: quatro dos utentes a quem se destinou a ação de tutela não tinham escolaridade, quatro frequentaram e completaram o 1º ciclo do ensino primário, três frequentaram e não concluíram o 1º ciclo do ensino primário, três frequentaram e concluíram o ensino secundário e um frequentou e não concluiu o ensino secundário.

Relativamente ao estado civil, para o total da amostra ($n=15$), dez dos destinatários da ação de tutela eram solteiros, dois viviam em união de facto, um era casado, um era viúvo e, por último, outro era separado.

De entre a amostra, cinco dos destinatários da ação de tutela tinham como ocupação doméstica, quatro eram estudantes, dois estavam desempregados, um era trabalhador por conta própria, um era reformado e, por fim, dois não indicaram nenhuma ocupação identificada.

Tabela 41: Caraterização sociodemográfica dos destinatários da ação de tutela

Variáveis		n
Género	Feminino	7
	Masculino	8
	Sem escolaridade	4
	Ensino primário	4
Habilitações	Ensino primário incompleto	3
	Ensino secundário completo	3
	Ensino secundário incompleto	1
	Casado/a	1
Estado civil	Solteiro/a	10
	União de facto	2
	Viúvo/a	1
	Separado/a	1
	Doméstica	5
Ocupação	Estudante	4
	Nenhuma	2
	Desempregado/a	2

Variáveis	n
Trabalhador por conta própria	1
Reformado	1

Em relação ao regime de segurança social, a maioria dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela (n=9) eram do regime subsidiado: cinco referiram estar filiados na seguradora “SaviaSalud”, dois na “Caprecom”, um na “Comfama” e um na “Salud Vida”. E cinco pertenciam ao regime contributivo: dois filiados na “Comfenalco”, um na “Cruz Blanca”, um na “Cooomeva” e um na “Nueva EPS”. Apenas um paciente não tinha qualquer regime, portanto, está classificado como “pessoa pobre sem seguradora” (tabela 42).

Tabela 42: Regime de segurança social e seguradoras dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela

Seguradora	n
Regime subsidiado	
SaviaSalud	5
Caprecom	2
Comfama	1
Salud Vida	1
Regime contributivo	
Comfenalco	2
Cooomeva	1
Cruz Blanca	1
Nueva EPS	1
Sem segurança social	
Sem seguradora ("pobre não asegurado")	1
Total	15

Quanto aos diagnósticos, estes eram muito variados (tabela 43), sendo que quatro eram de cânceros, embora com localizações diferentes. A gravidade das doenças foram o motivo pelo qual, na maioria dos casos, não foi o próprio quem forneceu a informação.

Tabela 43: Caraterização das doenças dos pacientes a quem se destinou a ação de tutela

Diagnóstico	n
Alzheimer	1
Ataxia cerebelar	1
Cancro da garganta	1
Cancro colo-rectal com metástase	1
Cancro linfático	1
Endometriose	1
Doença pulmonar obstrutiva crónica DPOC	1
Deficiência cognitiva moderada	1
Lesão traumática dos tendões da mão esquerda	1
Dor lombar e ciático lado esquerdo	1
Nódulo da tiróide	1
Paralisia cerebral desde o nascimento	1
Sarcoma na cabeça (cancro)	1
Síndrome de Hunter (não fala, não ouve e paraplégico)	1
Síndrome de Tunner	1
Total	15

4.2.2 Apresentação e descrição das categorias e subcategorias da análise qualitativa

Seguidamente apresentam-se as categorias e as subcategorias que surgiram da análise das entrevistas. Na tabela 44 apresenta-se uma visão global das categorias e das subcategorias.

Tabela 44: Perspetiva global das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Antes de interpor a ação de tutela	
Valorizações e perceções do direito à saúde e do sistema de saúde	Deteriorização do direito à saúde e do sistema de saúde: aspetos económicos, burocracia, Desumanização nos cuidados de saúde

Categorias	Subcategorias
Gravidade da doença e consequências	Gravidade da doença Consequências académicas Consequências laborais Consequências laborais do cuidador
Acesso aos cuidados de saúde antes da ação de tutela	Ausência de qualidade e falta de continuidade no acesso aos cuidados de saúde
Barreiras no acesso aos serviços de saúde	Barreiras administrativas Barreiras de mobilidade Barreiras económicas Barreiras geográficas
Causas que levaram o utente a interpor a ação de tutela	Demora na emissão da autorização Cobrança de copagamentos (que podem ser elevados e o paciente não tem capacidade de pagamento) Tempos de espera elevados nas consultas de especialidade Falta de comparticipação de medicamentos Entrega incompleta de medicamentos Falta de equipamentos Negação de cuidados de saúde não cobertos nos planos de saúde Não prestação de cuidados de saúde por carência ou vencimento de contratos de seguros com centro de saúde
Estratégias em todo o processo de exigibilidade de direito à saúde	Estratégias como procura de assessoria Pagamento particular de serviços de saúde
Processo relacionado com a ação de tutela	Experiência prévia com a ação de tutela com outros familiares Recomendação de interposição da ação de tutela Tempo sentença da ação de tutela Tipo de cuidados de saúde solicitados na ação tutela
Após a ação de tutela	
Acesso aos cuidados de saúde com a sentença favorável da ação de tutela	Acesso rápido, completo, descontinuo, sem acesso
Barreiras após sentença favorável da ação de tutela	Demora na emissão das autorizações, indisponibilidade e/ou entrega incompleta de medicamentos, não

Categorias	Subcategorias
	disponibilidade de consultas nas especialidades e elevados tempos de espera.
Estratégias após sentença favorável da ação de tutela	Estratégias para exigir a prestação dos cuidados de saúde Pagamento particular de cuidados de saúde Interposição de incidente de desacato Luta consciente pelo direito à saúde
Estado de saúde e mudanças no estado de saúde no doente	Estado de saúde após emitida a sentença favorável da ação de tutela Mudanças na qualidade de vida Complicações do estado de saúde
Valorizações da ação da tutela	Positivas Negativas
Sentimentos gerados	Impotência, tristeza, desesperança, humilhação
Sugestões para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e garantir o direito à saúde	Oportunidade no acesso aos cuidados de saúde Humanização dos cuidados de saúde

Parte I: Antes de interpor a ação de tutela

Nesta secção estão descritas as categorias e subcategorias identificadas antes de interpor a ação de tutela, nomeadamente as valorizações e percepções do direito à saúde e do sistema de saúde, a gravidade da doença e as suas consequências, o acesso aos cuidados de saúde juntamente com as barreiras apresentadas, as causas que levaram o paciente e/ou familiar a interpor a ação de tutela, as estratégias desenvolvidas e o processo relacionado com a ação de tutela.

4.2.3 Valorizações e percepções do direito à saúde e do sistema de saúde

No que se refere às valorizações e percepções do direito à saúde e do sistema de saúde, entendidas como o grau de importância positiva ou negativa que os indivíduos entrevistados conferem ao direito à saúde e ao sistema de saúde, os resultados encontrados são maioritariamente negativos. A seguir descrevem-se as percepções e valorizações

relacionadas com a deteriorização do direito à saúde e do sistema de saúde e desumanização nos cuidados de saúde.

a. Deteriorização do direito à saúde e do sistema de saúde

Para todos os entrevistados, o direito à saúde está em deteriorização, devido aos problemas e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente longas filas e tempos de espera, além da necessidade de acordar muito cedo para aceder aos cuidados de saúde, ilustrado pelas seguintes citações:

“ [...] Eu penso que o direito de saúde, para mim, é completamente humilhante, para mim é péssimo... os mesmos empecilhos de sempre e demora-se uma eternidade...” (e1, RC³⁰).

“ [...] muito deficiente, eu fico muito triste quando vou aos cuidados de saúde... as filas são sempre muito longas e é necessário esperar muito tempo...começa a haver filas desde as 3:00 ou 4:00 da manhã.” (e3, RS³¹)

b. Aspetos económicos

Alguns dos entrevistados referem que o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde é melhor e mais facilitado para pessoas com mais rendimentos, sendo esta perceção notória na inacessibilidade ao setor privado, tal como se pode verificar nas seguintes citações:

“ [...] então eu vejo-me afetado quando não tenho o dinheiro e tenho que sair a pedir emprestado” (e6, RS)

“ [...] tem que ter um dinheiro para aceder aos cuidados de saúde no setor privado e, assim, o acesso é mais fácil e rápido, mas o acesso através das seguradoras é muito demorado, apesar de mês a mês contribuir à segurança social...” (e4, SS³²)

“ [...] como eu ganho somente um salário mínimo, que é o salario da reforma, então não tenho dinheiro para pagar cuidados de saúde no setor privado...” (e2, RS)

³⁰ RC (Regime Contributivo)

³¹ RS (Regime Subsidiado)

³² SS (Sem Seguradora), paciente pobre não segurado.

c. Burocracia

Alguns entrevistados apontam as dificuldades burocráticas e de processo como sendo uma das causas da deteriorização do sistema de saúde, exemplificado na seguinte citação:

“ [...] por parte do governo, está pessimamente mau, por quê? Porque na realidade tem que ver uma pessoa mal, pois já grave, grave que se está a morrer para que a possam atender, de resto não, é como se essa pessoa não sentisse nem sofresse nada, então não faz sentido, ou seja, o bom seria que atendessem o paciente assim tivesse uma pequena doença, mesmo que fosse insignificante, que atendam a todas as pessoas porque todos temos direito a ter a saúde.” (e1, RC)

Outros entrevistados consideram que a burocracia está a agravar-se, tal como fundamentado pelo discurso de um dos entrevistados:

“ [...] muito mau, muito mau, isto está horrível, com o passar dos dias pior, mais empecilhos para tudo, para os medicamentos, para tudo, está mau, mau...” (e5, RS)

Alguns relatam que os procedimentos são muito burocráticos e, além disso, os profissionais de saúde agravam esse problema, não facilitando o acesso aos cuidados de saúde, como refere um entrevistado:

“ [...] que não ponham os pacientes a esperar tanto tempo, tendo tantos profissionais de saúde desocupados...” (e6, RS)

d. Desumanização dos cuidados de saúde

A maioria dos relatos fazem referência ao facto de o doente não se sentir respeitado pelo médico e, portanto, não se conseguir estabelecer uma relação empática entre o médico e o paciente, como se pode verificar nas seguintes citações:

“ [...] teve uma médica muito fria...então olhe que faz muita falta ter um pessoal com qualidade humana... eu penso que no país além do sistema ser mau, faltam muitas pessoas com qualidade humana, muitas, mesmo muitas...” (e1, RC)

“ [...] e fora disso nos encontramos com pessoal que atende que também não tem qualidade humana... como eu lhes disse, vocês que se creem donos das entidades, porque têm um cargo aí e não prestam os cuidados de saúde...” (e2, RC)

A falta de qualidade humana, tanto dos médicos como do pessoal de apoio administrativo, é uma das situações mais referenciadas pelos entrevistados:

“ [...] os funcionários administrativos que atendem não são pessoas que... não lhes importa... eu já tinha marcado a consulta e estavam a negá-la e nem tinham olhado para confirmar...” (e6, RS)

“ [...] eu disse a muitos médicos e aos funcionários de receção que atendem...praticamente nós somos atendidos como mendigos porque encontramos pessoal (profissionais de saúde e funcionários administrativos) sem qualidade humana...” (e1, RC)

4.2.4 Gravidade da doença e consequências

Esta categoria reúne quatro subcategorias que visam a compilação de informação acerca da gravidade da doença e qualidade de vida, as consequências do estado de saúde do doente como explicado pelo familiar, particularizando nas consequências académicas, nas questões laborais do próprio e do cuidador.

a. Gravidade da doença e qualidade de vida

Em relação ao estado de saúde, é importante referir que os diagnósticos dos destinatários da ação de tutela que participaram na presente investigação, eram diversificados e classificados entre “grave” e “muito grave”. Alguns dos participantes classificaram-nos como “grave”, ilustrado nas seguintes citações:

“ [...] minha mãe estava já tão mal, prostrada numa cama...” (e1, RC)

“ [...] ela era uma pessoa idosa, além de que tinha a endometriose, também tinha hipertensão arterial e artrose, então olha que a qualidade de vida dela não era boa...” (e8, RC)

Há outros relatos de familiares que classificaram os estados de saúde ainda “mais graves”, como se pode ler nas seguintes citações:

“ [...] piorava, piorava muito, meu menino, quanto mais dias passavam, avançava mais o cancro” (e11, RS)

“ [...] o que se passa era que nesse tempo estavam a deixar morrer (meu irmão) no hospital geral... esteve mês e meio e eu tive que recorrer à ação de tutela porque ele precisava de um transplante em uma clínica de terceiro nível ou quarto nível...”
(e15, RS)

Alguns familiares revelam que a qualidade de vida dos utentes diminuiu devido à negação de equipamentos e produtos médicos, como cadeiras de rodas e fraldas, como revela a seguinte citação:

“ [...] ele não pode caminhar, então o médico prescreveu a cadeira de rodas e as fraldas, tivemos dificuldade porque fomos à seguradora e ambas as coisas foram negadas...” (e12, RC)

Foram relatados casos em que, por exemplo, o médico especialista não prescreveu a cadeira de rodas para facilitar a mobilidade e melhorar a qualidade de vida, embora seja o responsável por este tipo de prescrições, tal como se lê na seguinte citação:

“ [...] O médico fisiatra não lhe prescreveu as fraldas nem a cadeira de rodas, disse que ele não podia fazer isso, então essa foi a resposta dele ...” (e6, RS)

b. Consequências académicas

Ao especificar o impacto a nível académico nos doentes que participaram na presente investigação, pelos relatos dos familiares, quatro tiveram impacto a nível académico, pois não tiveram a oportunidade de frequentar a escola devido ao grau de incapacidade gerado pela doença ou tiveram que abandonar os estudos, tal como se ilustra pelas seguintes citações:

“ [...] a doença dela é de nascimento, paralisia cerebral, nunca conseguiu trabalhar nem estudar...” (e3, RS)

“ [...] não conseguiu estudar, quando apanhou a doença não voltou à escola porque a professora disse que até que não fosse tratado não devia voltar a estudar...” (e11, RS)

c. Consequências laborais

Ao especificar o impacto profissional dos participantes na presente investigação na perspetiva dos familiares, estes referem que 12 tiveram consequências profissionais

ou laborais, abdicando na sua maioria de uma profissão ou não a exercendo, como se pode ver nas seguintes citações:

“ [...] eu não trabalho, então estou sempre na minha casa...” (e2, RS)

“ [...] tem a síndrome de Hunter, é uma doença que o tornou praticamente deficiente, paraplégico, não fala, não ouve...” (e6, RS)

“ [...] ele trabalhou muito tempo depois de se reformar, mas depois ele apanhou uma doença nos pés que já não podia caminhar e não conseguiu trabalhar mais...” (e12, RC)

d. Consequências laborais do cuidador

Ao especificar o impacto profissional da doença nos cuidadores dos doentes que participam na presente investigação, segundo a perspetiva dos familiares, a maioria teve de se ausentar para cuidar do utente no domicílio, acrescentando que o cuidado é a tempo integral, o que não lhes permite desenvolver uma atividade laboral, ilustrado nas seguintes citações:

“ [...] eu estava muito ao cuidado dela, eu era quem marcava as consultas para ela, era quem a levava aos cuidados de saúde, também cuidava dela em casa...” (e8, RC)

“ [...] seria muito difícil para a minha irmã trabalhar, porque teria que deixá-la sozinha e ela tem que estar sempre acompanhada... é algo esgotante...” (e3, RS)

4.2.5 Acesso aos cuidados de saúde antes da ação de tutela

O acesso aos serviços de saúde antes da ação de tutela é uma das dimensões avaliadas na presente investigação. Esta reúne subcategorias que visam a compilação da informação dos participantes podendo este acesso ser tipificado sem qualidade e parcial.

a. Ausência de qualidade no acesso aos serviços

Ao especificar o tipo de acesso aos cuidados de saúde alguns sujeitos que participaram na presente investigação pelos relatos dos familiares e dos próprios expõem que há dificuldade no processo de marcação das consultas nos centros de saúde, como se exemplifica nas seguintes citações:

“ [...] neste ano (outubro de 2016) não tenho conseguido marcar com o médico fisiatra porque não há marcações, a resposta é sempre que não ou que não há contrato... por exemplo, ele foi referenciado para o médico ortopedista porque os pezinhos dele estão a ficar torcidos... então também não temos conseguido marcar com o ortopedista e não temos recursos para aceder a um centro de saúde privado...” (e6, RS)

“ [...] para marcar com o médico endocrinologista também é muito difícil... a resposta dos funcionários administrativos era que não havia consultas disponíveis porque todas as agendas dos médicos estavam cheias, que chame dentro de tanto tempo, dentro de 8 dias se a agenda estiver aberta... (e2, RS)

b. Falta de continuidade nos cuidados de saúde

Os entrevistados revelam que há interrupção na continuidade dos cuidados de saúde antes de interpor a ação de tutela, tanto no acesso aos cuidados de saúde secundários, medicamentos e produtos médicos, como se exemplifica nas seguintes citações:

“ [...] tem decorrido um ano no qual não tem sido possível aceder ao médico especialista, também está sem medicamentos...” (e2, RS)

“ [...] outra vez que não me estavam a dar os medicamentos nem as fraldas, estivemos 5, 6 meses sem as fraldas...” (e3, RS)

4.2.6 Barreiras no acesso aos cuidados de saúde antes de interpor a ação de tutela

Relativamente às barreiras de acesso aos cuidados de saúde, estas podem ser de diversos tipos: administrativos, de mobilidade, económicos e geográficos.

a. Barreiras administrativas

Os constrangimentos administrativos são de diversas ordens, quer de agendamento de consultas, quer de marcação de exames ou mesmo de obtenção de apoios nos medicamentos e/ou equipamentos. Este tipo de barreiras são mais sentidas nos familiares dos pacientes que tem alguma doença crónica ou de alto custo e precisam de medicamentos ou produtos médicos de uso contínuo, revisões periódicas com especialistas, entre outros. Como os relatos dos entrevistados revelam:

“ [...] eu ficava muito tempo à espera e depois a resposta era que ainda não estavam autorizadas as prescrições, que tinha que esperar mais tempo...” (e2, RS)

“ [...] marquei uma consulta, tenho um problema há já não sei quantos anos, marquei para um exame mas disseram que me chamavam e até agora não me chamaram para fazer o exame...(e10, RS)”

b. Barreiras mobilidade

As dificuldades de mobilidade do próprio paciente pela gravidade da doença faz com que precisem de equipamentos como cadeiras de rodas. No entanto, o acesso aos equipamentos é considerado mais burocrático ainda em relação aos outros cuidados de saúde, o que dificulta a assistência imediata do doente e causa dificuldades ao seu cuidador, como o relato de um entrevistado revela:

“ [...] sim, claro que sim, gerou-lhe muitos problemas em relação à mobilidade, então é complicado para ela se mover de um lugar a outro sem asfixiar, sem se cansar, sem se esgotar ... e, por exemplo, o facto de ela ter problemas de mobilidade e de ter que transportar-se sempre num táxi porque não tem cadeira de rodas...”(e9, RS)

c. Barreiras económicas

As dificuldades económicas relacionadas com o pagamento de copagamentos e taxas moderadoras são transversais aos participantes no presente estudo para aceder aos cuidados necessários. Este foi um obstáculo que impediu o acesso. Em outros casos tiveram que fazer empréstimos e penhorar ou vender bens pessoais para fazer o pagamento, como se ilustra nas seguintes citações:

“ [...] muitas vezes as pessoas, devido à situação económica, a pessoa não pode aceder aos cuidados de saúde porque não tem para pagar as taxas moderadoras e os copagamentos...” (e12, RC)

“ [...] nesse dia não lhe fizeram a cirurgia porque não tínhamos pago o copagamento que era de mais de \$ 3.000.000 (€900), e digo-lhe que o único que arranjei em dois ou três dias porque tive que vender umas coisas da casa porque tenho o comprovativo da venda... arranjei apenas \$ 500.000 (€200) ... falei com a

trabalhadora social mas a resposta foi: “que não podemos fazer nada...” (e13, RS)

O relato de um entrevistado revela que devido à cobrança de copagamentos constantes o paciente foi obrigado a abandonar o tratamento porque já não tinha dinheiro, como exemplifica a seguinte citação:

“ [...] por isso deixamos de assistir às terapias dele porque não tínhamos mais para pagar, ou seja, ele não conseguiu fazer mais terapias, ele ficou assim...” (e13, RS)

d. Barreiras geográficas

Além das barreiras económicas, somam-se os impedimentos geográficos que, em alguns dos casos, tiveram como consequência que o doente deixasse de ter os cuidados de saúde porque o centro de saúde onde foi autorizado o serviço ficava muito longe do lugar de residência e também pela não disponibilidade de dinheiro para os custos com transporte, como se ilustra nas seguintes citações:

“ [...] para mim, se é uma dificuldade, porque, pela questão dos bilhetes de autocarro, são 4 bilhetes cada um, eu tenho que ir ao bairro América, nada mais na outra semana fui duas vezes à clínica das Américas ...” (e10, RS)

“ [...] Parece-me muito longe porque, por exemplo, eu vivo em Belencito pelo convento da mãe Laura e dali ao Poblado é muito longe (cerca de duas horas de autocarro).” (e6, RS)

Os constrangimentos geográficos fizeram com que uma família tivesse que mudar de município de residência, tal como o relato da entrevista revela:

“ [...] onde vivia antes (Vila Betania) não tive essa oportunidade, os médicos de lá só me olhavam e diziam tem isto, tem isto, mais nada, nunca teve acesso a todos os cuidados de saúde como em Medellín, porque lhe podem fazer todo tipo de análises para saber o que ele tem...” (e7, RS)

4.2.7 Causas que levaram o utente a interpor a ação da tutela

Relativamente à categoria – causas que levaram o utente a interpor a ação de tutela – esta reúne as subcategorias que visam o motivo da ação da tutela do doente como explicado pelo familiar e pelo próprio, particularizando: a demora na emissão da autorização, cobrança de copagamentos (paciente sem capacidade de pagar), tempos de

espera elevados nas consultas de especialidade, falta de comparticipação nos medicamentos, entrega incompleta de medicamentos, falta de equipamentos, negação de serviços não cobertos nos planos de saúde, não prestação de cuidados de saúde por carência ou vencimento de contratos de seguros com centros de saúde.

a. Demora na emissão da autorização

A demora na emissão da autorização pela seguradora é transversal aos sujeitos que participaram na presente investigação, nomeadamente:

“ [...] definitivamente, é muito... que os pacientes morram enquanto esperam por uma autorização para aceder aos cuidados de saúde, aos medicamentos, é triste...” (e15, RS)

“ [...] sim, é um processo longo, muito longo porque as filas eram de muito tempo em Comfama (seguradora) ... eram de muito tempo... depois diziam-nos para voltarmos pela autorização aos 15 dias, depois desse tempo íamos e ainda não estava pronta e assim acontecia sempre...” (e3, RS)

b. Cobrança de copagamentos (paciente sem capacidade de pagar)

A cobrança e os pagamentos para ter acesso aos cuidados de saúde são uma realidade e com custos muito elevados para os rendimentos familiares. Os entrevistados referem que:

“ [...] porque como me estavam a cobrar copagamentos muito altos, então eu não tinha dinheiro e, por essa razão, negaram-me o cuidado de saúde porque eu não tinha dinheiro para pagar...” (e12, RC)

Assim como referem a cobrança de taxas moderadoras que, muitas vezes, é um obstáculo para aceder aos cuidados de saúde como especifica:

“ [...] porque se estou no nível em que estou, tenho que pagar taxas moderadoras para todos os cuidados de saúde, sempre tenho que pagar \$9.200 (€3), veja, eu levei-o ao médico nestes dias e prescreveram-lhe uns medicamentos e não consegui levantá-los na farmácia porque não tinha os \$9.200 (€3)...”(e13, RS)

c. Tempos de espera elevados nas consultas de especialidade

Antes de interpor a ação de tutela, a maioria dos doentes dizem que não tinha acesso a um médico especialista que o acompanhasse de forma permanente, pois muitos relataram dificuldades em fazer as marcações e os tempos de espera eram muito elevados, além da falta de disponibilidade de profissionais de saúde. Alguns tiveram que pagar a consulta com médicos do sector privado, como exemplificam as seguintes citações:

“ [...] sim, muitas vezes levamo-la a médicos privados porque sempre pensamos que não lhe estavam a fazer nada por falta de médicos...” (e8, RC)

“ [...] essa é a resposta sempre, não há agenda aberta, sempre que ligo fala a operadora por muito tempo, depois atende um funcionário para dizer que não há agenda, que continue a ligar nos próximos dias e pergunto mais ou menos para quando e só dizem que continue a ligar... essa é a resposta que dão, que ligue e ligue...” (e5, RS)

d. Falta de comparticipação de medicamentos

A falta de comparticipação de medicamentos prende-se com a burocracia e procedimentos de preenchimento de papéis necessários para aviar as receitas, ficando os doentes sem acesso imediato à medicação, como descreve a seguinte citação:

“ [...] não, não tive porque de lá mandaram-me para a farmácia, eu levei a prescrição que me deu o médico e disseram-me que tinha que voltar em 10 dias. Passaram-se os 10 dias e a resposta foi que os medicamentos não tinham chegado e outras vezes que tenho que esperar... depois vou à farmácia e dizem que não há medicamentos...” (e5, RS)

e. Entrega incompleta de medicamentos

Segundo os participantes, a entrega de medicamentos, por vezes, foi efetuada, mas de forma incompleta, quer por ser esporádica, quer por não serem os medicamentos necessários, como se especifica nas seguintes citações:

“ [...] esse medicamento entregam poucas vezes, por isso tive que interpor a ação de tutela...” (e7, RS)

“ [...] Teve uma interrupção e passou 6 meses sem fraldas e sem medicamentos...” (e3, RS)

O mesmo parece acontecer no caso de necessidade de medicamentos específicos para doenças crônicas, sendo essa entrega também esporádica, como descrevem os seguintes relatos dos entrevistados:

“ [...] demoraram mais, ou seja, ao princípio davam os medicamentos com mais frequência, a cada mês, depois já não, que não havia, que não havia...” (e5, RS)

“ [...] a vizinha também tem Alzheimer e não recebe regularmente os medicamentos (memantina).” (e14, RS)

f. Falta de equipamentos

A falta de produtos médicos, como fraldas, e de equipamentos, como as cadeiras de rodas, foram dos principais motivos para interporem a ação de tutela, pelos elevados custos que acarretam e que são insuportáveis para as famílias. Como se exemplifica nas seguintes citações:

“ [...] tive que recorrer à ação de tutela porque a minha irmãzinha não tinha direito a umas fraldas, segundo a resposta da seguradora...” (e5, RS)

“ [...] ele não pode caminhar, então o médico prescreveu-lhe a cadeira de rodas e as fraldas, tivemos muita dificuldade porque foram negados pela seguradora...” (e12, RC)

g. Negação de serviços não cobertos nos planos de saúde

A negação de cuidados de saúde como terapias, medicamentos, equipamentos e/ou produtos médicos porque não estão cobertos pelos planos de saúde foi prática comum, como referem os entrevistados:

“ [...] Na EPS (seguradora) diziam que não era obrigatório dar as fraldas, que isso não estava dentro do POS (Plano Obrigatório de Saúde)” (e3, RS)

“ [...] chegou um momento em que lhe negaram esse medicamento e tive que interpor uma ação de tutela” (e7, RS)

“ [...] as fraldas e a cadeira de rodas foram imediatamente negadas, a resposta foi que o plano de saúde não cobria nada disso...” (e12, RC)

h. Não prestação de cuidados de saúde por carência ou vencimento de contratos de seguros com centros de saúde

O fim do contrato entre a seguradora e o centro de saúde teve efeitos nos cuidados de saúde, porque o centro de saúde recusou-se em fornecer-los ao paciente, exemplificado na seguinte citação:

“ [...] que não podiam fazer a cirurgia porque já tinha acabado esse contrato com Comfenalco (a seguradora) ... ” (e13, RS)

Os entrevistados também relataram a falta de cuidados de saúde pela ausência de contratos com o centro de saúde onde foi autorizado o serviço, referido na seguinte citação:

“ [...] não tinha contrato de nada, não podiam fornecer os cuidados de saúde porque não tinham contrato, então que tinha que ser negado... ” (e10, RS)

Houve mudanças no subsistema de saúde, como liquidação de seguradoras e, portanto, a filiação do paciente a outra seguradora, o que gerou uma interrupção na prestação dos cuidados de saúde, como se exemplifica nas seguintes citações:

“ [...] como disse, o problema neste momento foi a mudança da Comfama para a Saviasalud, porque tive uma interrupção no fornecimento dos medicamentos, agora o meu filho está sem medicamentos há dois meses ... ” (e7, RS)

“ [...] três, com a Saviasalud vão três, nós estávamos na Condor, depois na Comfama e Comfenalco ... ”, o que aconteceu foi que o gerente estragou tudo e, por isso, os pacientes são os prejudicados... ” (e5, RS)

4.2.8 Estratégias em todo o processo de exigibilidade do direito à saúde

As estratégias de acesso aos cuidados de saúde por parte do próprio e, sobretudo, do familiar e/ou cuidador, prenderam-se com todo o processo de exigibilidade do direito à saúde e com o recurso a estratégias diferenciadas, nomeadamente, estratégias como a procura de assessoria e o pagamento de cuidados de saúde no sector privado.

a. Estratégias como procura de assessoria

As estratégias reportadas referem-se à procura constante de informação na Personería de Medellín, junto de amigos e familiares, como se especifica nas seguintes citações:

“ [...] o primeiro que fiz para conseguir o que realmente... o direito que ela tinha foi informar-me do que tinha que fazer... ” (e1, RC)

“ [...] daí tivemos que ir... ou seja, eu fui à Personería procurar informação e expus o caso...” (e2, RS)

b. Pagamento particular de serviços de saúde

O pagamento particular dos serviços de saúde, por vezes, foi uma realidade de forma a garantir os serviços mínimos, como se especifica nas seguintes citações:

“ [...] tenho que fazer o esforço quando posso, que mais posso fazer, tenho que lhe dar os medicamentos, ainda que às vezes não lhe dê, não vou mentir, quando não temos dinheiro ele não pode tomar os medicamentos...” (e5, RS)

“ [...] sobretudo consultas médicas, como lhe disse com o neurologista, tive que pagar a consulta particular no sector privado para ter a prescrição do medicamento...” (e7, RS)

4.2.9 Processo relacionado com a ação da tutela

No que concerne ao processo relacionado com a ação da tutela, como categoria analisada, verifica-se que contempla diversas subcategorias de análise: a experiência prévia com a ação de tutela com outros familiares, recomendação de interposição de tutela, tempo da sentença da tutela e tipos de cuidados de saúde solicitados.

a. Experiência prévia com a ação de tutela com outros familiares

Verifica-se que alguns dos entrevistados tinham experiência com a ação de tutela com outros familiares ou para si próprios, como revelam os seguintes relatos:

“ [...] porque eu também interpus uma ação de tutela, eu antes de interpor a ação de tutela por ele também tive que pôr tutela para mim, eu já sabia onde a colocava, então eu já sabia todas essas diligências.” (e12, RC)

“ [...] muita gente dizia-me, estão a negar-te isto, e eu dizia-lhes faça isto (interpor uma ação de tutela), o senhor pode fazê-lo... tem que tentar, se não tenta, não lhe vão a dar nada, deveria tentar...” (e1, RC)

b. Recomendação de interposição de tutela

A interposição da ação de tutela na maioria das situações foi por influência do médico, familiares e amigos, uma vez que o entrevistado relatou que desconhecida tal processo, ilustrado pelas seguintes citações:

“ [...] o doutor, ele disse-me que tinha que dar os medicamentos, ele mesmo me disse para interpor uma ação de tutela... interponha uma ação de tutela se não, não lhe dão os medicamentos...” (e10, RS)

“ [...] a mãe de uma criança que também tinha cancro disse-me: Dona Alba, para que deem ao seu filho os cuidados de saúde e continuem com o tratamento sem problemas, deve interpor uma ação de tutela...” (e11, RS)

c. Perceção do tempo que demorou a sair a sentença da ação de tutela

O tempo da sentença é variável mas, segundo o discurso dos entrevistados, após a recolha de informação e as burocracias iniciais este tempo foi relativamente rápido, como exemplificado:

“ [...] a primeira ação de tutela que interpus demorou 10 dias, que é o tempo normal...” (e5, RS)

Em alguns casos mais graves a sentença foi emitida em menos de 48 horas, como se especifica na seguinte fala:

“ [...] para mim foi fácil porque aos três dias acho eu... em 48 horas foi dada a sentença da ação de tutela... não sei qual foi o tempo exatamente mas foi quase que imediato...” (e14, RS)

No entanto, houve casos em que a sentença da ação de tutela foi emitida quando o paciente já tinha falecido, referido na seguinte citação:

“ [...] a verdade não soube, porque a minha mãe morreu e não soube, vieram-me dizer que a ação de tutela tinha saído quando ela já tinha falecido...” (e15, RS)

d. Tipo de cuidados de saúde solicitados

Segundo as entrevistas, verificou-se que a ação da tutela serviu para solicitar apoio quer na medicação, quer em exames médicos, equipamentos, como cadeira de rodas e outros produtos médicos, como fraldas. Assim como no acesso aos médicos especialistas, tratamentos, cirurgias e referenciação, ilustrado nas seguintes citações:

“ [...] pelo que não lhe davam as fraldas...” (e1, RC)

“ [...] solicitamos a cadeira de rodas e as fraldas que foram negadas pela EPS...”
(e3, RS)

“ [...] para que o atendessem e continuar com o tratamento...” (e4, SS)

“ [...] medicamentos não POS (não cobertos pelo plano de saúde). ” (e5, RS)

“ [...] para poder aceder aos cuidados de saúde, cirurgia e para todos os tratamentos que precisava minha mãe...” (e8, RC)

“ [...] análises clínicas, raios x, e tudo isso que me negaram...” (e10, RS)

“ [...] não me queriam dar as quimioterapias, o tratamento para meu filho...” (e11, RS)

“ [...] para aceder à cirurgia, às terapias e a outros cuidados de saúde...” (e13, RS)

“ [...] ele estava hospitalizado e precisava de um transplante numa clínica de alta complexidade porque tinha que ser avaliado por um médico especialista...” (e14, RS)

Parte II: Após a sentença da ação de tutela

Após a sentença da ação de tutela, encontramos as categorias e subcategorias identificadas em todos os casos estudados em que a decisão do juiz foi a favor do destinatário da ação de tutela. As categorias analisadas descrevem como foi o acesso aos cuidados de saúde, as barreiras apresentadas tendo em consideração que ainda com uma sentença a favor os pacientes encontram dificuldades no acesso. Descrevem-se as estratégias para ultrapassar estas barreiras, assim como o estado de saúde e as mudanças ocorridas no doente. Outras categorias como as valorizações da ação de tutela, os sentimentos gerados neste processo e, por fim, as sugestões dadas pelos entrevistados para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e, portanto, garantir o direito à saúde.

4.2.10 Acesso aos serviços de saúde com a sentença favorável da ação de tutela

Os entrevistados consideram que a sentença da ação de tutela permitiu o acesso rápido aos serviços de saúde. No entanto, esse tempo escasseia na continuidade da resposta aos cuidados de saúde, dado que mudam constantemente de seguradora, ilustrado nas seguintes citações:

“ [...] em 15 dias começaram a fornecer-me os cuidados de saúde...” (e5, RS)

“ [...] exato, tenho esse problema desde a mudança de Comfama a Saviasalud.”
(e7, RS)

“ [...] sim, tem-lhe dado os cuidados de saúde corretos” (e9, RS)

Também há relatos negativos, como a falta de continuidade nos cuidados de saúde, já que os entrevistados referem que o acesso na primeira vez foi fácil e sem problemas, mas depois o acesso é descontínuo, especialmente no que se refere à entrega de medicamentos e produtos médicos, como fraldas, que devem ser fornecidos de forma vitalícia e que são entregues de forma incompleta e com elevados tempos de espera, como se verifica nas seguintes falas:

“ [...] teve uma interrupção de 6 meses sem fraldas e medicamentos ...” (e3, RS)

“ [...] há um ano... há um ano viu-me o endocrinologista e já não viu mais...” (e2, RS)

Também há relatos de familiares que referiram que o acesso aos cuidados de saúde solicitados na ação de tutela não se deu porque o paciente morreu antes de ser emitida a sentença ou poucos dias depois, como se exemplifica na seguinte citação:

“ [...] vieram-me dizer que a sentença da ação de tutela foi a favor quando ela já tinha morrido, e eu tive que ir a uma consulta porque a senhora me disse que devia ir, eu fui e disse-lhe que minha mãe já estava morta...” (e15, RS)

4.2.11 Barreiras no acesso aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela

Apesar de haver uma sentença a favor dos pacientes, estes encontram barreiras para aceder aos cuidados de saúde, nomeadamente o acesso parcial aos cuidados de saúde, demora na emissão das autorizações, entrega de medicamentos incompletos, não disponibilidade de consultas com especialistas e elevados tempos de espera, como se exemplifica nas seguintes falas:

“ [...] muito ruim, tinha que acordar muito cedo para fazer uma fila desde as 3:00 ou 4:00 da manhã e eu ia e isso era horrível... no centro de saúde de Castilha, ia eu... e que ainda não, que tinha que voltar noutro dia... e assim acontecia por muito tempo... porque ainda não estão prontas as autorizações...” (e2, RS)

“ [...] porque não lhe tem dado... por exemplo os remédios que lhe estavam a dar no ano passado não lhe voltaram a dar...” (e5, RS)

“ [...] eu neste momento tenho uma dificuldade porque me mandaram fazer uma biopsia e ainda não me chamaram, a ginecologista mandou-me fazer uma biopsia e nem sequer me chamaram...” (e11, RS)

4.2.12 Estratégias após emitida a sentença favorável da ação de tutela

As estratégias de acesso aos cuidados de saúde por parte do próprio e, sobretudo, do familiar e/ou cuidador, prenderam-se com o processo de exigibilidade do direito à saúde após ação de tutela. Estratégias para exigir a prestação dos serviços quando há incumprimento da sentença favorável da ação de tutela. Outra estratégia foi o pagamento particular de cuidados de saúde. Além do anterior, a interposição do incidente de desacato foi referenciada como estratégia, assim como a luta consciente pelo direito à saúde.

a. Estratégias para exigir a prestação dos serviços quando há incumprimento da sentença favorável da ação de tutela

As estratégias foram diversificadas, sendo que alguns dos entrevistados recorreram aos advogados da Personería de Medellín e ao tribunal com reclamações pelo incumprimento da sentença por parte da seguradora, como se especifica nas seguintes citações:

“ [...] então ligamos à funcionária do tribunal e voltava a falar na seguradora... não sei que dizia, mas depois ligavam-nos para aceder aos cuidados de saúde...” (e2, RS)

“ [...] que pena ter que ir à Personería para que o acesso aos cuidados de saúde seja um bocadinho mais rápido...” (e3, RS)

Outros entrevistados recorreram à procura de atenção constante para os cuidados de saúde do familiar, nomeadamente na espera para agendar consultas com os médicos, na procura de falar com os juízes, como por exemplo:

“ [...] no momento em que eu preciso que me autorizem a entrega das fraldas não encontro quem faça a autorização, tenho que esperar que venham os profissionais de saúde domiciliários para que possam prescrever as fraldas...” (e6, RS)

b. Pagamento particular de cuidados de saúde

Uma consequência é que o dinheiro sai diretamente do bolso do próprio ou dos familiares para pagar as despesas de saúde como compra de medicamentos, fraldas, entre outros, como se evidencia na seguinte citação:

“ [...] há mais de dois meses que está sem fraldas e eu tenho que comprar, às vezes compro uma fralda porque não tenho para mais, outras vezes compro um pacote de 10 que custa \$ 8600 (3 €), mas isso acaba-se muito rápido...” (e6, RS)

Nesta situação, trata-se de pacientes tendencialmente mais pobres que procuram empréstimos para pagar os cuidados de saúde de forma particular porque o sistema não atende as suas necessidades em saúde, como refere o seguinte entrevistado:

“ [...] quando começa a ter esses ataques e ainda não tem pronta a autorização para a entrega do Ácido Valpróico, se não tenho dinheiro, tenho que pedir emprestado para comprar os medicamentos...” (e6, RS)

c. Interposição de incidente de desacato

A maioria dos entrevistados considera o acesso aos serviços de saúde foi incompleto e com elevados tempos de espera. Nestas situações, é uma prática comum a interposição de incidentes de desacato, caso os pacientes conheçam este recurso. Assim, alguns entrevistados interpuseram o incidente de desacato para que o acesso aos serviços de saúde fosse mais rápido, como se verifica nas seguintes citações:

“ [...] sim, desacato, eu tenho um desacato...” (e2, RS)

“ [...] com ela apenas dois desacatos...” (e3, RS)]

“ [...] sim, ele foi e interpôs um desacato porque lhe estavam a negar outra vez o medicamento que ele precisa...” (e5, RS)

“ [...] sim, tive que interpor um desacato, com a sentença a favor do desacato não está a ter problemas, estão a entregar-lhe as fraldas sem problema até ao momento...” (e6, RS)

“ [...] tem desacatos, tem de tudo, é praticamente impossível que lhe forneçam a memantina (medicamento) ” (e14, RS)

Em alguns dos casos, com a sentença do incidente de desacato o acesso pareceu ser mais rápido, na medida em que aparentemente agilizaram o processo, como se pode ler na seguinte citação:

“ [...] depois do desacato, após 15 dias, entregaram a autorização para fazer a cirurgia...” (e13, RS)

No entanto, também houve casos em que nem com sentença do incidente de desacato foi possível aceder aos cuidados de saúde solicitados, tal como referido na seguinte citação:

“ [...] porque negaram-lhe as fraldas, é uma tutela integral, nem com a tutela, interpus um desacato, também não, é que olhe nem com desacato é possível aceder aos cuidados de saúde...” (e6, RS)

d. Continuar a luta consciente pelo direito à saúde

No seu discurso, os familiares revelaram que o processo foi doloroso e que lutaram pelos direitos e pela saúde, mas mesmo com a sentença da ação de tutela ainda persistem barreiras e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, como especificam as seguintes citações:

“ [...] não se resignem, têm que lutar... os médicos diziam-me, se os utentes não lutam, as entidades não vão fazer nada, quando a um paciente lhe negam um serviço, a gente vai embora para a casa porque não querem lutar... mas eu lutei muito...” (e1, RC)

“ [...] simplesmente eu penso no meu filho, que mais posso fazer? Primeiro está meu filho, eu estou a lutar é por ele...” (e7, RS)

4.2.13 Estado de saúde e mudanças no estado de saúde do doente após a ação de tutela

Este tema reúne três subcategorias que visam a recolha de informação acerca do estado de saúde, mudanças na qualidade de vida e as complicações de saúde após emitida a sentença favorável da ação de tutela.

a. Estado de saúde após emitida a sentença favorável da ação de tutela

Existe uma diversidade de relatos relativos ao estado de saúde do utente após a ação de tutela. Em alguns pacientes, segundo os relatos dos entrevistados, o estado de saúde melhorou após a ação da tutela e após os pacientes terem conseguido aceder aos cuidados de saúde, como referem as seguintes citações:

“ [...] sim, claro, sim senhor, porque de qualquer jeito, como te digo, isto serviu-me muito...” (e14, RS)

“ [...] com a ação de tutela tem sido mais que suficiente, ele conseguiu aceder aos cuidados de saúde com a sentença de tutela e não tivemos que pagar nada...” (e4, SS)

No entanto, também há relatos em que a ação da tutela não teve qualquer impacto no estado de saúde do familiar, dado que não chegou a tempo de interferir, como se ilustra a seguir:

“ [...] sim, ele tinha melhorado, mas depois recaiu, foi outra recaída...” (e11, RS)

“ [...] ai senhor! Se nos tivessem fornecido os cuidados de saúde mais rápido, talvez tivesse melhorado, mas como lhe digo sinceramente que não, não melhorou...” (e13, RS)

“ [...] quando marcaram a consulta não foi no seu devido tempo e ela morreu quinze dias depois...” (e15, RS)

Por último, de referir que alguns entrevistados consideram que se não tivessem sucesso na ação da tutela não conseguiriam melhorias no estado de saúde e o paciente teria morrido mais rapidamente, como especifica a seguinte citação:

“ [...] se eu não tivesse interposto a ação de tutela para ele, com certeza teria morrido mais rápido...” (e12, RC)

b. Mudanças na qualidade de vida

No que se refere à qualidade de vida, alguns relatos mencionam que a disponibilidade de produtos médicos, como fraldas, bem como os equipamentos, como as cadeiras de rodas, e os medicamentos conferiram qualidade de vida aos doentes, tal como aos seus familiares, como exemplifica:

“ [...] com a cadeira de rodas melhorou muito a qualidade de vida e com as fraldas também, melhorou muito a qualidade de vida dele...” (e12, RC)

“ [...] sim, melhorou, porque ela tem a sua cadeira de rodas porque anteriormente ela não a tinha e tinha que estar deitada na cama, até para comer tinha que ser na cama...” (e3, RS)

Em algumas das entrevistas realizadas há relatos em que a qualidade de vida piorou pela ausência de resposta por parte dos cuidados médicos em Medellín, o que,

consequentemente, fez com que, por exemplo, a cirurgia não tivesse a resposta pretendida, como se exemplifica a seguir:

“ [...] a última cirurgia que fizeram, quando fizeram a cirurgia a minha mãe já tinha o cancro avançado com metástases ” (e1, RC)

“ [...] ela estava há muitos anos à espera dessa cirurgia, ao ver que passaram tantos anos e que não a chamavam porque sempre lhe diziam que estava em lista de espera.... Quando a chamaram para fazer a cirurgia, ela já tinha morrido... ” (e8, RC)

A diminuição da qualidade de vida, apesar da cirurgia, prende-se também com os problemas de saúde em comorbilidade, referido no seguinte comentário:

“ [...] e foi tarde demais porque começaram a sair tumores e foi quando lhe demoraram a cirurgia, a autorização para a cirurgia foi muito demorada... ” (e14, RS)

c. Complicações do estado de saúde

Ao especificar o impacto no estado de saúde dos doentes que participaram na presente investigação, na perspetiva dos próprios e dos familiares, incluem visões diferentes por causa, quer do momento da ação da tutela que implicou mais recursos, quer da evolução do estado de doença do doente, quer das comorbilidades.

As entrevistas contêm relatos explícitos de complicações de saúde por negligência do centro de saúde que interrompeu o tratamento do paciente, como exemplifica o seguinte relato:

“ [...] antes de eu interpor a ação de tutela... quando interpus a tutela começaram bem com o tratamento, mas depois de alguns dias teve essa negligência porque pararam o tratamento... Foi por negligência que deixaram avançar essa doença (cancro linfático) ” (e11, RS)

Uma das consequências descritas pelos familiares dos pacientes com doenças complexas é a morte porque não tiveram uma resposta rápida e oportuna. Estes pacientes requeriam a prestação dos serviços de forma urgente e prioritária, no entanto, após a sentença da ação de tutela foram submetidos a prolongadas esperas e faleceram sem receber a atenção ou morreram enquanto esperavam pela sentença da ação de tutela, tal como se ilustra nas seguintes citações:

“ [...] eles dilataram, dilataram, dilataram a prestação dos cuidados de saúde até ao máximo, até que ela morreu...” (e8, RC)

“ [...] vieram-me dizer que a sentença de tutela tinha saído a favor quando ela já tinha morrido...” (e15, RS)

4.2.14 Valorizações da ação da tutela

As valorizações da ação de tutela descritas pelos entrevistados não são unânimes, havendo relatos positivos mas também negativos.

a. Valorizações positivas

Relativamente às valorizações positivas, referem que a ação de tutela é uma ferramenta jurídica eficaz porque as sentenças dos juízes são rápidas e a favor do paciente e obrigam as seguradoras e os centros de saúde a prestar os cuidados de saúde com continuidade e com tempos de espera mais reduzidos, como se exemplifica nas seguintes citações:

“ [...] após a ação de tutela, à minha mãe não lhe negaram nada, teve medicina domiciliária, teve nutricionista, todos os cuidados de saúde que o médico prescrevera eram autorizados e prestados, eu tinha que fazer a gestão, mas não me importava...” (e1, RC)

“ [...] então já com a ação de tutela deram-me muita ajuda, a prestação dos cuidados de saúde foi mais rápida...” (e3, RS)

“ [...] sim, a ação de tutela facilitou porque consegui as fraldas e o leite que foram negados...” (e6, RS)

Também referem a facilidade para aceder à ação de tutela e que pode ser usada por qualquer pessoa, como se verifica na seguinte citação:

“ [...] a ação de tutela pareceu-nos muito bem porque o atenderam muito bem e não tivemos problemas porque foi fácil...” (e4, SS)

b. Valorizações negativas

Outros entrevistados referem desconfiança na ação de tutela pela perda de eficácia, como se exemplifica a seguir:

“ [...] a primeira sim, mas depois voltaram a pôr empecilhos... o mesmo, isso não tem mudado, com sentença de tutela e sem tutela negaram-me os cuidados de saúde, quando não lhes dá vontade dizem que não havia medicamentos...” (e11, RS)

Assim, os entrevistados consideram que o incumprimento da sentença é prática comum e, portanto, o acesso aos cuidados de saúde é parcial e descontínuo, ilustrado no seguinte relato:

“ [...] olha que, apesar do juiz ter emitido uma sentença da ação de tutela a favor, as entidades não as cumprem, as entidades não... eles fazem caso omissa à lei, a eles dá-lhes o mesmo que aceitem ou não aceitem, porque no fim eles não prestam os cuidados de saúde... então parece-me que de maneira nenhuma é efetiva...” (e7, RS)

4.2.15 Sentimentos gerados

Os sentimentos gerados pela luta de direitos e acesso aos cuidados de saúde são diversos. Porém, os sentimentos negativos, de impotência, de tristeza, de desesperança e de humilhação são referidos frequentemente pelos entrevistados:

“ [...] eu vou aos centros de saúde e fico triste, tudo é tão lento e com tantos empecilhos...” (e3, RS)

“ [...] Ai! Tive que lutar muito, muito (a senhora começou a chorar) para que minha mãe pudesse aceder aos cuidados de saúde, demais...” (e1, RC)

“ [...] não, porque eu ia para as urgências quando ele precisava, embora o médico o via, não lhe prescrevia nada porque dizia que sem autorização da EPS não lhe podiam fazer nada, isso era o que me diziam, então eu chorava, ficava cansada de chorar e tinha que voltar com ele para a casa...” (e14, RS)

4.2.16 Sugestões para melhorar o acesso aos cuidados de saúde

Os entrevistados referem que o acesso aos cuidados de saúde deve efetuar-se sem restrições e sem longas esperas, especialmente para marcar consultas com especialistas, acesso às urgências (sem filas de esperas), entrega completa de medicamentos de boa qualidade, como se ilustra nas seguintes citações:

“ [...] que nos ponham mais atenção e que não nos mandem remédios tão maus e que sejam mais responsáveis nas suas coisas e que a prestação dos cuidados de saúde seja fácil, rápida, porque quando vamos ao médico... nem com as lombrigas foram prestam os cuidados de saúde de forma rápida...” (e3, RS)

“ [...] sim, que as marcações para as consultas deveriam ser mais rápidas, a cada mês, por exemplo, se o médico me atendeu nesta semana que demorem 15 dias para marcar de novo, mas sempre que ligo para marcar outra consulta dizem que não há agenda disponível...” (e5, RS)

Perante a desumanização dos cuidados de saúde, segundo os entrevistados, os pacientes pedem que sejam tratados com respeito por parte dos trabalhadores de saúde e que esses profissionais se transformem em portadores de soluções e não de barreiras, como referem alguns dos entrevistados a seguir:

“ [...] arranjar gente, pessoal idôneo que conheçam as leis, que regulamentam os cuidados de saúde...” (e1, RC)

“ [...] por exemplo, melhorar a prestação dos cuidados de saúde, que não sejam tão descomedidos, que não ponham os pacientes a esperar tanto tempo...” (e6, RS)

“ [...] em todas partes, que os profissionais de saúde tenham mais sentido da sua profissão, de prestar os cuidados de saúde aos pacientes com o amor com que estudaram, não trabalhar só para ganhar dinheiro porque para isso estão a ser pagos para trabalhar bem...” (e9, RS)

5. Discussão e conclusões

Estudos científicos baseados em fontes primárias são escassos tanto na Colômbia, como em outros países da América Latina, onde se regista o fenómeno da judicialização da saúde. Este trabalho usou uma metodologia mista para perceber este fenómeno com base numa perspetiva integral, tanto quantitativa como qualitativa.

As **manifestações destinadas à exigência do respeito à saúde** são importantes na medida em que este é um direito fundamental e, na Colômbia, esse direito não parece ser totalmente respeitado segundo os resultados desta e de outras investigações (85–89). Os resultados deste estudo mostram que 79,2% dos inquiridos tem conhecimento das manifestações, no entanto, apenas 15,4% dos inquiridos dizem que participam nas mesmas. Questionados sobre a razão da não participação, muitos dos indivíduos revelam que estavam doentes ou incapacitados ou, sendo familiares/amigos se encontravam condicionados pelo trabalho ou pelos cuidados prestados ao doente em questão. Com uma percentagem inferior, mas não menos importante, 12,7% dos inquiridos referem o medo como motivo para não participarem. Embora exista uma baixa participação nas manifestações em saúde, o aumento do uso da ação de tutela para exigir o direito à saúde pode ser visto como um mecanismo de protesto do cidadão perante o Estado para fazer cumprir os seus direitos, podendo deduzir-se que o número de ações de tutela interpostas faz parte de um movimento social de cidadãos que reclamam e exigem ao Estado o direito à saúde (90). Este aumento está evidenciado nos relatórios da *Defensoría del Pueblo* e no aumento do número de ações de tutela interpostas através da *Personería de Medellín* (como exposto anteriormente na introdução).

Quanto ao **género** dos destinatários da ação de tutela, a amostra desta investigação indica que mais de metade dos destinatários da ação de tutela são do sexo feminino (57,7%), portanto pode-se dizer que as mulheres necessitaram mais deste recurso constitucional do que os homens. De facto, esse valor amostral aponta no mesmo sentido dos dados da *Personería de Medellín* (25890) porque 69,2% são do sexo feminino. Relativamente ao género dos familiares/amigos que responderam ao questionário, 82,9% são do sexo feminino, este resultado indica que as mulheres participam mais em estudos da saúde como foi reportado em outras investigações (91,92) e pode ser porque

permanecem mais em casa e têm mais tempo para interceder por outros familiares que estão a seu cargo e para responder aos questionários.

Relativamente às **habilitações literárias** dos destinatários da ação de tutela, a maioria tem um nível de ensino primário (42,3%) e ensino secundário (27,9%). De acordo com os dados do DANE, 31,4% frequentaram o ensino primário e 37,3% o ensino secundário. É importante referir que estes dados correspondem ao último censo realizado na Colômbia, no ano 2005 (58). Para o ano 2018 será realizado um novo censo nacional.

Os resultados deste estudo mostram que 64,8% dos destinatários da ação de tutela **residem** nas zonas mais pobres da cidade de Medellín, só 1% residem na zona 5 (suroriental), considerada a mais rica. Relativamente ao nível socioeconómico esta investigação demonstra que a maioria dos indivíduos que recorreram a ações de tutela encontram-se nos estratos socioeconómicos baixo e médio. Este facto demonstra que os cidadãos dos estratos socioeconómicos mais baixos são os que mais procuram este tipo de recurso judicial (85). É muito provável que os pacientes de níveis socioeconómicos altos não recorram a este mecanismo porque possuem rendimentos económicos suficientes que lhes permitem aceder aos serviços de saúde no sector privado.

Algumas investigações do Brasil encontraram que os habitantes das regiões mais ricas e os membros da classe média são os beneficiários mais frequentes das ações judiciais porque têm maior acesso ao sistema judicial através de um advogado, aumentando assim as iniquidades do sistema de saúde (93–95). No entanto, o acesso à ação de tutela na Colômbia não requer intermediários. De facto, de acordo com os resultados desta investigação, os que mais usam a ação de tutela são os pacientes de nível socioeconómico baixo e médio e das zonas mais vulneráveis da cidade de Medellín. Outra investigação do Brasil demonstra que os pacientes que recorrem à judicialização da saúde são pacientes com melhor condição socioeconómica e mais de metade (60,6%) das prescrições dos medicamentos solicitados provém dos serviços de saúde privados, o que indica que são pessoas que possuem um plano de saúde ou podem pagar por serviços particulares. Segundo a mesma investigação estas pessoas geralmente recorrem aos cuidados de saúde no setor privado e só quando precisam de um medicamento de alto custo (não coberto pelo seguro de saúde e que não conseguem pagar sem afetar as suas finanças), utilizam o Sistema Único de Saúde para que forneça a medicação (96). Esta

situação no Brasil parece diferir da presente investigação, em que só 3,4% dos pacientes do regime contributivo tinham um plano de saúde especial ou pré-pago.

De acordo com os resultados tanto quantitativos como qualitativos, mais de metade dos inquiridos não tinha **conhecimento do mecanismo da ação de tutela** até interpô-la, sendo que também na maioria dos casos foi o próprio a tomar a iniciativa de interpor esta mesma ação porque tinham experiência com familiares (ou outros) ou consigo próprios. No entanto, devido especialmente à doença grave ou o facto de ser menor de idade, incapacitado, ou idoso, na amostra estudada, em 59,5% dos casos a ação foi interposta por um familiar. Ainda que a ação de tutela não seja um instrumento judicial completamente conhecido, passou a sê-lo pelos pacientes através de experiências de pessoas próximas, redes familiares ou sociais, ou por outros pacientes enquanto faziam filas nos centros de saúde como revelaram os resultados qualitativos. O conhecimento da alternativa de interpor uma ação de tutela, quando se viola o direito à saúde, tem circulado com maior intensidade à medida que aumentam os casos ao longo dos anos. Numa reduzida percentagem de casos (5,5%), além de solicitar assessoria na *Personería de Medellín*, alguns utentes recorreram a organizações públicas e privadas que promovem a proteção dos direitos humanos, como a Fundação RASA, a *Defensoría del Pueblo* e ONG que prestam serviços de assessoria legal e aconselham sobre o uso da ação de tutela.

Esta investigação encontrou que em alguns casos (20,3%) a recomendação do uso da ação de tutela veio mesmo dos atores do sistema, tais como funcionários das seguradoras e prestadores de cuidados de saúde. Por exemplo, no Brasil as indústrias farmacêuticas têm utilizado estratégias para convencer os médicos e os pacientes do uso de medicamentos ou equipamentos não cobertos pelo SUS (97). Neste sentido seria importante determinar em outras investigações se os cuidados de saúde não cobertos pelos planos de saúde solicitados pelos pacientes na Colômbia fazem parte deste tipo de estratégias.

Relativamente ao **uso da ação de tutela** por regime de segurança social, ou seja, entre os filiados do regime contributivo e do regime subsidiado, esta investigação revela que os assegurados de ambos os regimes interpõem ação de tutela em percentagens similares. No entanto, de acordo com os relatórios da *Defensoría del Pueblo*, os pacientes do regime contributivo são os que mais interpõem tutelas em saúde (16,20).

Relativamente às **barreiras apresentadas no acesso aos cuidados de saúde**, nos resultados quantitativos registaram-se diferenças por regime de segurança social. As negações de serviços predominam, sendo superior no regime contributivo (59,1%), seguido pela demora injustificada na autorização de cuidados de saúde, superior no regime especial (46,2%) e no regime subsidiado (32,9%). Chama-se a atenção que mais de metade dos cuidados de saúde estavam cobertos pelos planos de saúde, o que coincide com outros estudos realizados no âmbito regional, em que apresentam percentagens semelhantes (27,98–100). De acordo com as estatísticas nacionais do último relatório disponível da *Defensoría del Pueblo* do ano 2014, a percentagem de cuidados de saúde com cobertura pelos planos de saúde foi de 65,7% (20). O facto, já citado, de que são os indivíduos pertencentes aos estratos socioeconómicos mais baixos que mais interpõem ações de tutela, poderá também estar relacionado com o facto de que o acesso e o direito aos cuidados de saúde são melhores e estão mais facilitados para pacientes com níveis económicos mais elevados, que terão mais opções em recorrer a serviços no setor privado e conseguem pagar planos de saúde adicionais (101,102). Esta situação está exemplificada nos resultados quantitativos, pois uma causa principal para interpor a ação de tutela foram os custos elevados dos copagamentos, tendo os participantes relatado que não tinham capacidade de pagamento, com diferenças entre os pobres não segurados (23,5%) e os pacientes do regime subsidiado (12,6%), sendo este resultado esperado pois são pacientes que não trabalham.

A situação anterior também foi referida nos resultados do estudo qualitativo, em que os entrevistados relacionam a falta de dinheiro com a incapacidade de lidar com os copagamentos, a aquisição de medicamentos e despesas de deslocações para outros níveis de atendimento. Os entrevistados relataram também sacrifícios financeiros como vender ou penhorar objetos de valor de forma a aumentar a possibilidade de aceder aos cuidados de saúde. As barreiras económicas são descritas como um obstáculo para atingir a cobertura universal em saúde (56). Além das barreiras económicas, alerta-se para as burocracias administrativas, a sobrecarga dos serviços e consequentes filas e longos tempos de espera, de acordo com alguns testemunhos obtidos, onde se relatam filas desde as 3 da manhã, tudo isto associado à redução da qualidade de atendimento e, portanto, dificultando o acesso. Também foram referidos impedimentos geográficos porque o centro de saúde fica muito longe do lugar de residência do destinatário da ação de tutela

e a não prestação de cuidados de saúde por carência ou vencimento de contratos de seguros com centros de saúde. Estes resultados vão ao encontro do reportado em investigações realizadas na Colômbia sobre o acesso aos cuidados de saúde não judicializados (100,103,104). Em contraponto com os estudos realizados no Brasil, relativamente às barreiras para aceder aos medicamentos, indicam que são o custo elevado e a indisponibilidade dos medicamentos solicitados nas farmácias (94).

O aumento de pagamentos diretos em saúde é um indicador do incremento de iniquidade (105). Segundo os resultados desta investigação, ocorreu em 55,3% dos destinatários da ação de tutela antes de recorrer ao recurso judicial e 25,0% tiveram de efetuar pelo menos um copagamento para aceder aos cuidados de saúde após emitida a sentença. Outra investigação na Colômbia mostrou que os pobres têm aumentado os pagamentos diretos em saúde e os ricos tem diminuído (105).

Relativamente a **aspetos clínicos e patológicos**, antes de proceder à solicitação da ação de tutela, para mais de metade dos indivíduos a quem se destinou a ação foram relatadas hospitalizações prévias (período anterior de 5 anos). No que concerne às doenças, as neoplasias (CID 19 – II) apresentam uma maior expressividade (12,7%), seguidas de transtornos mentais e comportamentais (CID 10 – V) com uma representatividade de 10,1%. Os resultados qualitativos apontam no mesmo sentido, já que os entrevistados classificaram as doenças entre “grave” e “muito grave” e que geraram consequências académicas e laborais porque tiveram que abandonar os estudos e a sua atividade profissional.

Centrando agora o foco no estado de saúde auto-reportado ou reportado pelo familiar/amigo, registou-se uma tendência negativa com diferenças significativas por tipo de inquirido, uma percentagem de 26,1% dos destinatários da ação com um estado de saúde “mau” e 22,0% muito mau, sendo que quando se questionam os amigos/familiares a tendência é categorizar como mais grave o estado de saúde. Devido à gravidade das doenças mencionadas, a falta de acesso aos serviços de saúde pode refletir-se em complicações especialmente nos doentes crónicos ou com patologias que desenvolvem complicações. Nas entrevistas foi referida a interrupção do tratamento, o aumento das comorbilidades e o sofrimento dos pacientes e dos familiares.

Neste estudo, os **cuidados de saúde mais solicitados** foram os medicamentos (31,3%), consulta de especialista (21,9%), cirurgia (19,4%), produtos médicos e equipamentos (fraldas e cadeiras de rodas) (15,9%). Estes resultados estão de acordo com uma investigação realizada na cidade de Manizales em que a principal causa está relacionada com problemas na entrega de medicamentos (35,6%), acesso a testes diagnósticos (16,9%), acesso a cirurgia (16,7%), outros procedimentos (10,8%) e outros tratamentos (9,2%) (106).

A presente investigação revelou que os tipos de cuidados de saúde que pretendiam ver satisfeitos ao interpor a ação de tutela diferem consoante o tipo de regime. No regime subsidiado as preocupações centram-se nas cirurgias (39,5%), consultas de especialidade (30,5%) e no acesso a medicação (28,2%). No regime contributivo lidera a cirurgia (51,5%), seguida da necessidade de medicação (35,5%) e consultas de especialidade (15,8%). No Brasil (107) e na Costa Rica (108) os cuidados de saúde mais solicitados são os medicamentos e no caso de procedimentos no Brasil, destacam-se os cirúrgicos e exames de diagnóstico (109).

Os resultados desta investigação apontam no sentido de outros estudos realizados na Colômbia (18–20,27) em que mais de metade das ações de tutela foram para solicitar **prestações cobertas pelos planos de saúde**, isto é, serviços aos quais, legal e regulamentarmente, os utentes têm direito (tratamento, medicamento, consulta médica ou outro serviço) e que as seguradoras e os prestadores dos cuidados de saúde tinham a obrigação de fornecer ao paciente porque já foram pagos previamente via Unidade de Pagamento por Capitação (UPC) e, no entanto, teve que se recorrer à ação de tutela para fazer cumprir esta obrigação. Estes resultados podem sugerir a vontade de rentabilidade que se instaurou como princípio dominante nas seguradoras, deslocando a prestação de serviços de saúde no país. No Brasil a cobertura é de facto maior, um estudo encontrou que 93,6% dos cuidados de saúde solicitados nas ações judiciais tinham cobertura pelo Sistema Único de Saúde (109).

A presente investigação também encontrou que a percentagem de casos em que se prescreveu **uma prestação não incluída nos planos de saúde** é considerável, pois 44,9% dos casos do regime contributivo e 30,9% do regime subsidiado não estavam cobertos pelos planos de saúde. Chama-se a atenção para o facto de terem sido realizadas três

atualizações no período deste estudo, uma em 2009 que se refere aos casos de 2011 (110), outra em 2011 relativa aos casos de 2012 e 2013 (111) e a última em 2013 referente aos casos de 2014 (112). No entanto, continuam a aumentar as solicitações por prestações não incluídas nos planos de saúde, como se evidencia na tabela 18 apresentada nos resultados (pág. 76). A negação de serviços não abrangidos pelos planos de saúde, pode constituir um estímulo adverso ao acesso ao direito à saúde, que, ao gerar ações de tutela, transfere as despesas para a ADRES (Administradora dos Recursos do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde), que é responsável por cobrir economicamente pelo menos 36,4% dos serviços de saúde não cobertos na presente investigação (113). Nestes casos, a judicialização da saúde evidencia a necessidade de atualização dos planos de saúde de forma regular.

Ainda relativamente à cobertura, os resultados desta investigação indicam que a cobertura dos cuidados de saúde solicitados nas ações de tutela foi superior no regime subsidiado (59,8%) em relação ao contributivo (48,9%). Esta situação pode estar relacionada com a equiparação dos planos de saúde porque com a reforma do sistema de saúde de 1993, criou-se para os utentes do regime contributivo um plano de saúde diferente do plano do regime subsidiado. Em ambos os regimes incluíam-se serviços para a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento médico e cirúrgico e uma listagem de medicamentos essenciais. No entanto, para os utentes do regime subsidiado ficou definido que teriam direito a uma parte do plano de saúde do regime contributivo que equivalia aproximadamente a 70%. Estas diferenças foram esbatidas a partir do ano 2009, já que ambos os regimes foram equiparados no que diz respeito ao plano de saúde.

Em relação às **sentenças das ações de tutela**, parece existir uma tendência de proteger o direito à saúde por parte dos juízes. Nesta investigação, 95,9% das sentenças foram decididas a favor dos utentes. Esta percentagem foi superior à encontrada anteriormente em relatórios nacionais da *Defensoría del Pueblo*, em que aproximadamente 80% das ações de tutela são a favor dos utentes (17–20). Outras investigações nacionais confirmam a tendência dos juízes de emitir sentenças favoráveis para os pacientes (20,27,98,106). Em países da América Latina, como o caso do Brasil, as ações judiciais também são favoráveis numa percentagem superior a 90%

(34,114,115). Na Argentina, num estudo encontrou-se uma percentagem de 75% (116) e na Costa Rica registou-se 60% de sentenças favoráveis (117).

Relativamente ao **cumprimento dos tempos para emitir a sentença** e de acordo com a pesquisa bibliográfica, encontraram-se duas investigações que exploraram esta variável, um estudo feito na cidade de Manizales, com fontes secundárias, descreve que o cumprimento do tempo regulamentado para emitir as sentenças ocorreu em 74% dos casos (106). A outra investigação mais recente do ano 2014 realizada pela *Personería de Medellín*, em que analisaram 384 processos dos diferentes tribunais da cidade de Medellín, em 97 processos analisados não encontraram informação sobre as datas das sentenças. Nos restantes processos, a média dos tempos para a emissão da sentença, segundo os relatos dos participantes, foi de 13,2 dias (99), superior à calculada no presente estudo que foi de 10,9 dias. No entanto, considerando os 179 processos oficiais analisados no presente trabalho, a média foi superior (15,2 dias). A investigação da *Personería de Medellín* (99) encontrou que em 77,3% dos processos o juiz cumpriu com o tempo estipulado na legislação (o cálculo foi feito com 14 dias de calendário). No presente estudo, o cumprimento foi similar tanto nos tempos relatados pelos inquiridos (70,6%) como nos dados oficiais pesquisados no site do judiciário (76,0%). Considera-se importante referir que o modelo de regressão logística múltipla sugere que há maior chance de cumprimento do tempo regulamentado nos pacientes que interpuseram a ação de tutela em 2012 e 2014.

A situação anterior merece uma reflexão sobre as razões pelas quais os juízes não estão a cumprir com a legislação, é possível que este incumprimento seja porque na Colômbia não existe um sistema de informação ou um mecanismo de consulta especializada que permita aos juízes aceder facilmente à informação para a tomada de decisões relativas a cuidados de saúde. Os juízes vêm-se forçados a recorrer à história clínica do paciente, documentação anexa na ação de tutela, jurisprudência em casos semelhantes, caso existam; pesquisas na internet; conselhos de médicos próximos como familiares e amigos; tudo isto para tentar perceber o caso, a doença e a necessidade de cuidados de saúde do paciente, já que os juízes não tem apoio de pessoal médico que explique os detalhes técnico-científicos e esclareça suas dúvidas (118). Em processos onde existem lacunas informativas sobre as situações de saúde e administrativas que deram origem à ação, são realizadas solicitações às seguradoras para que respondam a

essas falhas. No entanto, as seguradoras podem não responder ou não o fazem dentro do prazo esperado e, portanto, os juízes podem demorar mais tempo em todo este processo (118).

A presente investigação encontrou que do total dos beneficiários da ação de tutela, 112 morreram e quase uma terça parte destes (31,3%), tinha diagnóstico de neoplasias, em 6,5% dos casos a sentença da ação de tutela foi emitida quando o paciente já tinha falecido. Segundo o relato dos participantes, em 82 casos (73,2%) a morte poderá ter ocorrido pela mesma doença que originou a ação de tutela. Segundo os inquiridos, uma percentagem de 65,2% dos beneficiários da ação de tutela que morreram tiveram gastos em saúde a seu cargo e 88,4% foram hospitalizados antes de terem a oportunidade de interpor a ação de tutela. No estudo qualitativo também foram referidas as complicações de saúde por interrupção do tratamento ou porque após a sentença foram submetidos a prolongadas esperas e faleceram sem receber os cuidados de saúde ou morreram enquanto esperavam pela sentença da ação de tutela.

Voltando à amostra total, segundo os relatos dos próprios, uma percentagem de 38,5% dos próprios afirmaram que sentiram um agravamento do seu estado de saúde enquanto esperavam pela decisão da ação de tutela, assim como os familiares/amigos (41,1%) também reportaram mudanças negativas no estado de saúde do destinatário da ação de tutela. Estes dados sugerem que a gravidade da doença, implica que seja necessário que as sentenças sejam emitidas no menor tempo possível para que os pacientes possam aceder rapidamente aos cuidados de saúde e desta forma evitar as complicações do estado de saúde dos pacientes e, até mesmo, a sua morte.

Embora a maioria das sentenças das ações de tutela tenham sido a favor dos utentes, segundo os inquiridos, uma percentagem de 23,8% dos utentes da amostra não conseguiram **acesso aos cuidados de saúde** ou este foi parcial. Segundo os resultados da componente qualitativa, os utentes deparam-se com barreiras impostas pelas seguradoras, constrangimentos que se prendem com as complicações administrativas decorrentes em parte da necessidade de autorizações para certos procedimentos, indisponibilidade e/ou entrega incompleta de medicamentos, não disponibilidade de consultas nas especialidades e elevados tempos de espera. Concluiu-se também que o regime de segurança social a que se pertencia influenciava o acesso a cuidados de saúde, já que 90,6% dos pacientes pobres

não segurados e 79,6% dos pacientes do regime contributivo tiveram acesso aos cuidados de saúde pretendidos. No que diz respeito ao acesso parcial, este ocorreu em 26,9% dos utentes do regime especial e em 15,4% dos utentes do regime subsidiado.

Relativamente à questão temporal, o decreto nº 2591 de 1991 estabelece que o acesso aos cuidados de saúde após emitida a sentença da ação de tutela não pode ultrapassar os dois dias. No nosso estudo, verificou-se que o cumprimento deste prazo apenas foi respeitado em 17,9% dos casos estudados, destacando-se exemplos em que o acesso aos cuidados de saúde ocorreu em mais de dois anos após a sentença. Concluiu-se, portanto, que o número mediano de dias de acesso a cuidados de saúde foi de 10 dias, tendo oscilado entre o valor mínimo de 3 horas e um máximo de 730 dias. Este incumprimento não tem diferenças significativas entre os diferentes regimes de segurança social. É importante referir que os resultados do modelo de regressão logística múltipla sugerem que os pacientes que tiveram hospitalização prévia nos últimos 5 anos, pacientes que solicitam medicamentos e referência têm maior chance de aceder aos cuidados de saúde no tempo regulamentado.

A componente qualitativa permitiu aprofundar os **motivos pelos quais os pacientes não conseguiram o acesso completo aos cuidados de saúde**. No caso dos pacientes que tiveram acesso parcial após emitida a sentença favorável, eles referiram que na primeira vez o acesso foi fácil e sem problemas. No entanto, a continuidade dos cuidados foi interrompida pelas barreiras administrativas como elevados tempos de espera e as dificuldades no processo de marcação de consultas e exames nos centros de saúde, indisponibilidade e/ou entrega incompleta de medicamentos e produtos médicos de uso contínuo especialmente nos pacientes com doenças crónicas e de alto custo. No entanto, os familiares e os próprios apelaram a estratégias para exigir o cumprimento da sentença como recorrer aos advogados da Personería de Medellín e ao tribunal com reclamações pelo incumprimento da sentença por parte da seguradora, interposição de incidentes de desacato e pagamento de cuidados de saúde no setor privado.

Os resultados do estudo quantitativo sugerem que existe um incumprimento da lei por parte das seguradoras e prestadores de cuidados de saúde porque dos pacientes que tiveram acesso completo e acesso parcial aos cuidados de saúde, uma percentagem de 82,1% deles não o conseguiram no tempo regulamentado (em menos de dois dias), o que

evidencia as fraquezas do Estado colombiano na garantia do direito à saúde através de uma decisão judicial. Portanto, a ação de tutela deve ser fortalecida do ponto de vista jurídico através da implementação de ações de vigilância e de controlo para que as sentenças sejam efetivamente cumpridas nos tempos regulamentados. Relativamente ao cumprimento das sentenças judiciais e ao tempo necessário para aceder aos cuidados de saúde após uma sentença a favor, não se encontraram investigações quantitativas na Colômbia e no contexto internacional que permitam fazer comparações.

Relativamente ao incumprimento das sentenças das ações de tutela, evidenciado nos 9,8% dos casos que não conseguiram acesso, 14,0% que tiveram acesso parcial e 70,4% dos pacientes que acederam aos cuidados de saúde, mas que não foi no tempo regulamentado. Assim, pode deduzir-se que existe um panorama de ineficácia tanto do sistema de saúde como do sistema judicial e a necessidade de repensar este mecanismo e desenvolver outras ferramentas para promover o cumprimento das sentenças e a efetiva proteção do direito à saúde.

Esta ineficácia também fica demonstrada no **uso do incidente de desacato**, pois este é o último recurso que o indivíduo tem para fazer cumprir a sentença. No entanto, 31,8% dos pacientes que usaram este recurso referiram que o acesso foi parcial e 14,5% referiram que não tiveram acesso. Neste sentido, parece existir uma tendência de incumprimento das sentenças por parte de seguradoras e prestadores de cuidados de saúde e por este motivo os pacientes têm que recorrer a este recurso, originando mais ações à tutela, pois as sentenças são frequentemente desacatadas como demonstra este estudo. Esta situação origina um desgaste adicional para os juízes e um aumento dos custos, pois de acordo com estudos realizados pelo sistema judicial, determinou-se que uma ação de tutela custa um milhão de pesos (aproximadamente 300 euros). Segundo Turriago *et al* (118), as seguradoras tentam prolongar o prazo dos processos para aumentar as probabilidades de desistência por parte dos utentes. De acordo com as estatísticas da *Personería de Medellín*, em 2011 apresentaram-se 1148 incidentes de desacato, em 2012 houve um aumento e passou a 1235 desacatos, no ano de 2013 realizaram-se 746 incidentes de desacato, com uma diminuição de 39,6% relativamente ao ano anterior, em 2014 o número foi similar (749 desacatos). No entanto, nos últimos dois anos o aumento foi considerável porque em 2015 houve 957 desacatos e no ano passado (2016) aumentou para 2382 desacatos (26), isto evidencia que o incumprimento das sentenças das ações de

tutela está a aumentar. De acordo com a presente investigação mais de um terço dos indivíduos que não tiveram acesso aos cuidados de saúde ou com acesso parcial, não recorreram ao incidente de desacato por desconhecimento, o que permite deduzir que se fosse totalmente conhecido pela população, o número poderia ser ainda maior. De facto o número de ações de tutela na *Personería de Medellín* também tem vindo a aumentar a partir do ano de 2015 (figura 2, pág. 18), este aumento poderá dever-se às dívidas das seguradoras com os prestadores de cuidados de saúde como hospitais, centros de saúde e clínicas que suspendem a prestação dos serviços aos pacientes filiados a determinadas seguradoras (25,26).

A judicialização da saúde tem a sua raiz nas falhas estruturais do sistema de saúde da Colômbia implementadas através da Lei 100 de 1993. Esta lei permitiu o modelo de competição que surgiu como uma das reformas dos sistemas de saúde promovidas pelo Banco Mundial na América Latina. O sistema de saúde foi criado com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e caracteriza-se por ser um modelo de competição regulamentada das seguradoras pela filiação da população (119). A reforma colombiana tem sido descrita como uma experiência com êxito no acesso aos cuidados de saúde pelo aumento da cobertura da filiação. Por exemplo, a cobertura de filiação na cidade de Medellín é de 98% (59). No entanto, a filiação a um seguro de saúde não é equivalente a um acesso adequado. Assim, por este e outros motivos, o fenómeno da judicialização da saúde tem crescido ano após ano. De acordo com os resultados desta investigação, apesar de uma elevada percentagem de sentenças a favor do utente, ainda persistem as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde. A racionalidade económica das seguradoras, evidenciada na negação de cuidados de saúde incluídos nos planos de saúde, fez com que o objetivo da reforma não tenha sido cumprido e surja a judicialização da saúde como um efeito das falhas estruturais aprofundadas com as reformas posteriores –Lei No 1122 de 2007 e Lei No 1438 de 2011.

O fraco papel de **vigilância e controlo** da Superintendência Nacional de Saúde e mesmo dos tribunais para fazerem cumprir as sentenças favoráveis das ações de tutela e dos incidentes de desacato, faz com que o Estado colombiano não garanta a todos os cidadãos um nível mínimo de cuidados básicos e, consequentemente, como afirma Nussbaum (2001) regista-se uma ausência de justiça social e de direitos sociais mínimos (120).

A efetivação do direito à saúde deve ser atingida não só através da judicialização da saúde, mas também através da implementação de políticas públicas, que tenham uma preocupação especial pela proteção de grupos vulneráveis porque tal como ilustrado por esta investigação, a violação do direito à saúde está a recair sobre a população vulnerável. De acordo com os relatos dos inquiridos, abrangem cidadãos em condições de pobreza no nível I de acordo com a classificação do SISBEN (34,9%), pessoas maiores de 65 anos (28,1%), desempregados (23,6%), deficientes (15,1%), deslocados pela violência (14,0%), menores de idade (13,4%), entre outros.

As doenças não reconhecem idade, género, raça, nível socioeconómico, etc., além do doloroso processo de doença especialmente com doenças crónicas e de alto custo, os pacientes e seus familiares são submetidos ao aumento do risco de comorbilidade e mortalidade pelo tempo despendido no processo de exigibilidade do direito à saúde através da ação de tutela (tempo que demora o processo de interpor uma ação de tutela e conseguir o acesso aos cuidados de saúde), tudo isto implica o prolongamento do sofrimento e o agravamento da doença. Nas entrevistas, os participantes revelaram sentimentos negativos gerados em todo este processo de luta, tais como desconsolo, tristeza, desolação, humilhação, pranto, porque alguns continuam a luta embora tenham recorrido tanto a ação de tutela como ao incidente de desacato, mas mesmo assim não conseguiram aceder aos cuidados de saúde que precisam. Muitos deles referiram não saber mais o que fazer, porque há casos em que interpuseram a ação de tutela no ano de 2011 e nas entrevistas que foram realizadas em 2016, referiram ainda problemas de acesso, relatando que se sentiam *cansados e sem esperanças*.

A ação de tutela é um instrumento judicial de luta não só pelo direito à saúde mas também pela dignidade humana, nos resultados qualitativos emergiram valorizações positivas porque as sentenças dos juízes são rápidas e obrigam as seguradoras a prestar os cuidados de saúde. De acordo com os resultados do estudo quantitativo, 76,6% dos inquiridos consideram que é uma ferramenta que garante acesso aos cuidados de saúde. No estudo qualitativo, também emergiram valorizações negativas como desconfiança na ação de tutela porque as sentenças não estão a ser cumpridas pelas seguradoras. Os 4,8% dos inquiridos do estudo quantitativo que julgaram que a ação de tutela não garante o acesso aos serviços de saúde apontam no mesmo sentido.

A judicialização do direito à saúde deixa em evidência as deficiências no acesso aos cuidados de saúde na cidade de Medellín. No entanto, mostra oportunidades de melhoria através do desenho e a implementação de políticas de saúde efetivas que protejam e garantam o direito à saúde da população colombiana.

6. Recomendações

A articulação do ministério de justiça (sistema judicial) com o Ministério da Saúde (Superintendência Nacional de Saúde) é fundamental para implementar estratégias para fazer cumprir as sentenças judiciais das ações de tutela às seguradoras e prestadores de cuidados de saúde.

A implementação de um sistema de informação com todas as sentenças das ações de tutela e dos incidentes de desacato que permita identificar os casos com diagnósticos e necessidades de cuidados em saúde similares, possibilitando emitir sentenças coletivas e num tempo menor. No mesmo sistema de informação, seria possível detetar os casos que tenham jurisprudência prévia para dar uma ordem judicial imediata e assim o paciente poder efetivar o seu direito à saúde sem ter que esperar o tempo que demora a decisão do juiz.

O funcionamento de alguns tribunais durante 24 horas por dia e aos fins-de-semana tal como já existe no Brasil, para que estudem os casos de pacientes com necessidades de cuidados de saúde urgentes ou que estão hospitalizados. Nesta investigação aproximadamente 10% dos pacientes estavam hospitalizados e, portanto, era de se esperar que precisavam de cuidados de saúde urgentes e a demora na sentença pode resultar em um dano irreparável como é o agravamento do estado de saúde ou mesmo a morte.

Realizar estudos sobre recursos humanos em saúde que identifiquem as necessidades de formação de médicos especialistas, já que de acordo com os resultados desta investigação, as solicitações por consultas de especialidade foram a segunda motivação para interpor a ação de tutela.

Aderir ao protocolo facultativo do Pacto Interamericano de Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) para que exista a possibilidade de recorrer a um sistema de proteção internacional de direitos humanos que restaurem ou reparem o direito à saúde e outros direitos fundamentais violados.

Desenho e implementação de políticas de saúde efetivas que protejam e garantam o direito à saúde da população colombiana.

Desenhar e implementar um sistema de informação online que permita aos próprios e familiares/amigos registar o cumprimento/incumprimento das sentenças das

ações de tutela, que permita às autoridades de vigilância e controle tomar medidas que corrijam as situações onde há incumprimento.

Realizar ações de promoção e educação à cidadania sobre o uso da ação de tutela, da medida provisória e do incidente de desacato, pois tal como encontrou a presente investigação a percentagem de desconhecimento dos três recursos legais nos inquiridos é elevada.

7. Referências

1. Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud [Internet]. 2008. Disponible em: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>. [Consulta: 6 de Janeiro de 2016].
2. Consejo Económico y Social. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales. Observación general No 14 [Internet]. 2000. Disponible em: <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf> [Consulta: 6 de março de 2017].
3. Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M. Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(3):213–22.
4. Asensi F. Saúde, Poder Judiciário e Sociedade: Uma Análise de Brasil e Portugal. *Physis*. 2013;23(3):801–20.
5. Hogerzeil H V., Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *Lancet*. 2006;368(9532):305–11.
6. Asensi F. Judicialization or juridicization? Legal institutions and their strategies in health. *Physis*. 2010;20(1):33–5.
7. Gloppen S. Litigation as a strategy to hold governments accountable for implementing the right to health. *Health Hum Rights*. 2009;10(2):21–36.
8. Beuren I, Badillo O, Kolvenbach P, Puebla U. Derechos humanos y globalización alternativa: una perspectiva iberoamericana Universidad Iberoamericana Puebla; 2004. 379 p.
9. El Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá; 1991.
10. El Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria No 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2015.
11. Ministerio de Salud de Colombia. Ley 100 de 1993, por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 1993.

-
12. Echeverry ME. Health Reform and Reconfiguration of the Trajectory of Access to Health Services from the Experience of Users in Medellin, Colombia. Vol. 10, Rev Gerenc Polit Salud. 2011. p. 97–109.
 13. Defensoria del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud: causas de las tutelas en salud 1999-2003. [Internet]. 2004. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r26114.pdf>. [Consulta: 6 de março de 2017].
 14. Defensoria del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud. Causa de las Tutelas en Salud: periodo 2003-2005. [Internet]. 2006. Disponível em: goo.gl/XjyMmt. [Consulta: 6 de março de 2016].
 15. Defensoria del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud: Período 2006-2008. [Internet]. 2009. Disponível em: http://static.iris.net.co/semana/upload/documents/Doc-1959_2009924.pdf. [Consulta: 20 de junho de 2017].
 16. Defensoria del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2010. [Internet]. 2010. Disponível em: <https://goo.gl/qQ7mF7>. [Consulta: 22 de junho de 2017].
 17. Defensoria del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/La_tutela_y_el_Derecho_a_la_Salud_2011_defensoria.pdf. [Consulta: 22 de junho de 2017].
 18. Defensoria del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2012. [Internet]. 2012. Disponível em: goo.gl/rs4Q2i. [Consulta: 22 de julho de 2017].
 19. Defensoria del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. [Internet]. 2013. Disponível em: goo.gl/av5PDe. [Consulta: 24 de julho de 2017].
 20. Defensoria del Pueblo. La tutelas y los derechos a la salud y a la seguridad social. [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>. [Consulta: 28 de julho de 2017].
 21. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de Derechos Humanos en Medellín 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.personeriamedellin.gov.co/documentos/documentos/Informes/Situacion_DDHH2011/Informe_DDHH_2011.pdf. [Consulta: 29 de julho de 2017].
 22. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de los derechos humanos en la
-

-
- ciudad de Medellín 2012 [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.personeriamedellin.gov.co/documentos/INFORME_D1.pdf. [Consulta: 30 de julho de 2017].
23. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de los derechos humanos en la ciudad de Medellín 2013 [Internet]. 2013. Disponível em: http://www.personeriamedellin.gov.co/documentos/documentos/Informes/Situacion_DDHH_2013/INFORME_DDHH_vigencia_2013.pdf [Consulta: 30 de julho de 2017].
24. Personería de Medellín. Tutelas del derecho fundamental a la salud - sondeo estadístico- y estudio del Crue . Enero a Diciembre de 2014. [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/osalud-investigaciones>. [Consulta: 30 de julho de 2017].
25. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de los derechos humanos en la ciudad de Medellín 2015. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/documentos/informes-ddhh>. [Consulta: 1 de agosto de 2017].
26. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de derechos humanos en la ciudad de Medellín., vigencia 2016. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/documentos/informes-ddhh>. [Consulta: 2 de agosto de 2017].
27. Rodríguez C, Molina G. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín , Colombia. *Investig y Educ en Enfermería*. 2010; 28(1):92-100.
28. Vargas-Peláez CM, Rover MRM, Leite SN, Rossi Buenaventura F, Farias MR. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014;121:48–55.
29. Emmerick I, Oliveira M, Luiza V, Azeredo T, Bigdeli M. Access to medicines in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study. *BMJ Open*. 2013;3(5):8–15.
30. Den-Exter A, Hermans B. Constitutional rights to health care: the consequences of placing limits on the right to health care in several Western and Eastern European countries. *Eur J Health Law*. 1998 Sep;5(3):261–89.
31. Belmartino S. Equity Issues in Health care reform in Argentina. *Cad Saúde*
-

-
- Pública, Rio Janeiro. 2002;18(4):1067–76.
32. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):214–22.
 33. Pereira JR. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Cien Saude Colet*. 2004;3551–60.
 34. Alicia M, Ugá D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos : as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro , Brasil , em 2005. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2010;26(1):59–69.
 35. Pepe V, Ventura M. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde Pública*. 2010;26(3):461–71.
 36. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2009;25(8):1839–49.
 37. Newdick C. Accountability for rationing--theory into practice. *J Law Med Ethics*. 2005;33(4):660–8.
 38. Syrett K. Impotence or importance? Judicial review in an era of explicit NHS rationing. *Mod Law Rev*. 2004 Mar;67(2):289–304.
 39. Yamin A, Gloppen S. Assessing the impact of health rights litigation: A comparative analysis of Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, India and South Africa. Cambridge, Mass.: Harvard Univ.; 2011. 435 p.
 40. Data in Gapminder World. Population total. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.gapminder.org/data/>. [Consulta: 6 de março de 2016].
 41. Beyrer C, Villar J, Suwanvanichkij V, Singh S, Baral S, Mills E. Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. *Lancet*. 2007;370(9587):619–27.
 42. Yamin A, Parra-Vera O. How do courts set health policy? the case of the colombian constitutional court. *PLoS Med*. 2009;6(2):0147–50.
 43. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2591 de 1991, por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. Bogotá; 1991.
 44. López G, Serrano L, Núñez L RC. El incidente de desacato en las sentencias de
-

-
- tuela de los jueces de Bogotá, Medellín, Cali y Neiva. *Jurid Manizales (Colombia)*. 2010;7(1):93–116.
45. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-367/14. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-367-14.htm>. [Consulta: 9 de marzo de 2017].
46. Dane. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013 [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2013.pdf. [Consulta: 6 de setiembre de 2017].
47. Guerrero R, Gallego A, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema De Salud En Colombia. *Salud Publica Mex*. 2011;53(122):144–55.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1429 de 2016, por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.adres.gov.co/Portals/0/ADRES/Institucional/Decreto_1429_de_2016_ESTRUCTURA_ADRES.pdf?ver=2017-07-25-110839-127. [Consulta: 6 de noviembre de 2017].
49. Gañan JL. Hacia un nuevo concepto de la inspección , vigilancia y control del derecho a la salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. *Páginas Segur Soc*. 2016;123–40.
50. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2011.
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 5395 de 2013, por el cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2013.
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1328 de 2016, Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de. Bogotá; 2016.
-

-
53. OMS. Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. [Internet]. 2011. Disponível em: goo.gl/xSBCMg. [Consulta: 6 de março de 2017].
 54. Adaury M, Angulo L, Sepúlveda A, Sanhueza X, Becerra I MJ. Barreras de accesos a los servicios de salud revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.
 55. Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1974:208–20.
 56. OMS. Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mund da Saúde. [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. [Consulta: 6 de agosto de 2017].
 57. DANE. Perfil Sociodemográfico 2005-2015 de Medellín [Internet]. 2010. Disponível em: goo.gl/tpSdhR. [Consulta: 6 de agosto de 2017].
 58. DANE. Censo general 2005 [Internet]. 2007. 2005. Disponível em: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>. [Consulta: 7 de setembro de 2017].
 59. Luis J, Arango M, Estrada CM, Guillermo J, Salcedo A, et al. Informe de calidad de vida de Medellín, 2016 [Internet]. 2016. Disponível em: goo.gl/pSxWrs. [Consulta: 7 de setembro de 2017].
 60. DANE. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, cidade de residencia y grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS de 2011 [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_search&searchword=agrupadas. [Consulta: 15 de setembro de 2017].
 61. Secretaría de Salud de Medellín. Boletín epidemiológico número 5 Medellín Ciudad Saludable [Internet]. 2014. Disponível em: goo.gl/aa9ABw. [Consulta: 15 de setembro de 2017].
 62. Secretaría de Salud de Medellín. Boletín número 4 año 2015. Situación de la tuberculosis en Medellín [Internet]. Medellín; 2015. Disponível em: goo.gl/ac81VA. [Consulta: 18 de setembro de 2017].
 63. Personería de Medellín. Plan Estratégico de la Personería de Medellín. [Internet]. 2016. Disponível em: goo.gl/1D389R. [Consulta: 18 de setembro de 2017].
-

-
64. Arango-Castrillón A. Valor monetario de los servicios de salud y del proceso legal de las tutelas, Medellín, Colombia, 2009. [Disertação]. Universidad de Antioquia; 2009.
 65. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research : A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educ Res.* 2009;33(7):14–26.
 66. Hair, J. F., Anderson, R. E. Tatham, R. L., Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. 5ed ed. Porto Alegre: Bookman.; 2006.
 67. Hill A. *Investigação por questionário*. 2a ed. Lisboa : Edições Sílabo; 2009. 377 p.
 68. Pestana D, Velosa S. *Introdução à Probabilidade e à Estatística*. Calouste gulbenkian; 2010. 1164 p.
 69. De Sousa M. *Amostragem - Uma Introdução*. Universidade Aberta; 2005.
 70. Marcus AC, Crane LA. Telephone surveys in public health research. *Med Care.* 1986 Feb;24(2):97–112.
 71. Glass DC, Kelsall HL, Slegers C, Forbes AB, Loff B, Zion D, et al. A telephone survey of factors affecting willingness to participate in health research surveys. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1017.
 72. Municipio de Medellín. *Viviendas residenciales estratificadas por comuna y barrio, según estrato*. [Internet] 2010. Disponível em: goo.gl/ERt2AZ. [Consulta: 20 de junho de 2017].
 73. Naranjo G. *Medellín en zonas* [Internet]. 1992. Disponível em: http://www.region.org.co/images/publicamos/libros/medellin_en_zonas.pdf. [Consulta: 20 de junho de 2017].
 74. DANE. *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)* [Internet]. 2015. Disponível em: goo.gl/jNaJMp. [Consulta: 20 de junho de 2017].
 75. WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. WHO. [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. [Consulta: 15 de junho de 2017].
 76. IBM Corporation. *IBM SPSS Statistics for Windows*. IBM Corporation; 2016.
 77. Marôco J. *Análise estatística - com utilização do SPSS*. 3ra edição. Edições Sílabo; 2007.
 78. Hailpern SM, Visintainer PF. Odds ratios and logistic regression: further examples of their use and interpretation. *Stata J.* 2003;3(3):213–25.
-

-
79. Harrell FE. Regression Modeling Strategies with Applications to Linear Models, Logistic Regression, and Survival Analysis. Springer; 2001.
 80. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia; 2003.
 81. Silverman D. Qualitative Research : Theory, Method and Practice [Internet]. Vol. 2nd, Qualitative Research. Sage; 2004. 378 p. Disponível em: goo.gl/NWHxG1. [Consulta: 24 de julho de 2017].
 82. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1 ed. Lusodidacta, editor. 2009. 618 p.
 83. Bardin L. Análise de conteúdo. Capa de Edições 70; 2006.
 84. Superintendencia Nacional de Salud -Supersalud [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.supersalud.gov.co/>. [Consulta: 28 de julho de 2017].
 85. Ernesto C, Barrero A. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2010;9(18):86–102.
 86. Echeverri O. Mercantilización salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(5):210–6.
 87. Tovar M. Modelo de salud colombiano : exportable , en función de los intereses de mercado. Saúde em Debate. 2008;32.
 88. Borrero YE, Echeverry ME. Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. Rev Gerenc y Políticas la Salud. 2011;10(21):61–82.
 89. Borrero YE, Echeverry ME. Protestas sociales por la salud en Colombia : la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. Cad Saude Publica [Internet]. 2015;31(2):354–64.
 90. Pinilla LI, Rodríguez SV. La tutela judicial como mecanismo para revindicar el derecho a la salud en Boyacá. Memorias desde lo local. 2009;(6).
 91. Korkeila K, Suominen S, Ahvenainen J, Ojanlatva A, Helenius H. Non-response and related factors in a nation-wide health survey. Eur J Epidemiol. 2001;17(11):991–9.
 92. Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Knottnerus JA. Morbidity in responders and non-responders in a register-based population survey. Fam Pract. 1998 Jun 1;15(3):261–3.
-

-
93. Asensi F, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil. [Internet] 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. [Consulta: 28 de julho de 2017].
 94. Araújo L, Jesus A, Fraga A, Medeiros A, Neta D, Rafaela L, et al. Judicialization health : a review of the literature. *Rev Enferm da UFPI*. 2013;2(2):49–54.
 95. Silva A. Reaching Out to the Needy ? Access to Justice and Public Attorneys ' Role in Right to Health Litigation in the City of São Paulo. *Int J Hum rights*. 2014;10(18):4–33.
 96. Terrazas FV. O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres : o caso das demandas judiciais de medicamentos. *Rev do Direito Adm*. 2010;253(1):37.
 97. Campos OH, Gonçalves LA, Andrade EI. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2017;(0).
 98. Marín GM. Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008. *IATREIA* 2012;23(4):335–43.
 99. Guerra D, Preciado H, Maldonado J. Experiencias y Lecciones de un Observatorio de Salud en Colombia. 1ra ed. Editores LC, editor. Medellín; 2011.
 100. Hernández J, Rubiano D. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Cien Saude Colet*. 2015;20(6):1947–58.
 101. Zambrano A, Ramírez M., Yepes F, Guerra J, Rivera D. ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):122–30.
 102. Múnera H. La calidad de la atención en salud , más allá de la mirada técnica y normativa. *Investig y Educ en Enfermería*. 2010;28(1):77–86.
 103. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):121–30.
 104. Guillermo L, Celmira L V., Carolina EG, Estupiñán G. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):305–13.
 105. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(3):210–20.
-

-
106. Vélez-Arango A. Acción de Tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia. *Rev salud Pública*. 2007;(2):297–307.
 107. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde : reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Economia*. 2008;42(2):365–9.
 108. Norheim O, Wilson B. Health Rights Litigation and Access to Medicines: Priority Classification of Successful Cases from Costa Rica’s Constitutional Chamber of the Supreme Court. *Health Hum Rights J*. 2014;16(2):47–61.
 109. Gomes F, Cherchiglia M, Machado C, Santos V , Acurcio F, Andrade E. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1).
 110. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo No 08 de 2009, por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Bogotá; 2009.
 111. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo No 029 de 2011, Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Bogotá; 2011.
 112. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No 5521 de 2013, Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá; 2013.
 113. Maritza E, Giraldo R, Negrete V. Alcance del concepto del médico tratante en las acciones de tutela para proteger el derecho al diagnóstico. *Rev CES Derecho*. 2014;(2).
 114. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health Hum Rights*. 2016;18(1):209–20.
 115. Biehl J, Petryna A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2016;23(1):173–92.
 116. Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E, Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E. Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cad Saude Publica*. 2016;32(1):1–12.
 117. Dittrich R. Healthcare priority setting in the courts: A reflection on decision-

- making when healthcare priority setting is brought to court. [Internet]. 2015. Disponível em: <https://f1000research.com/documents/6-242>. [Consulta: 28 de novembro de 2017].
118. Turriago L, Iunes R, Torres J, Bolívar D, Silva J. Estudio exploratorio sobre mecanismos de asistencia técnica en asuntos de salud y tutela en Colombia. [Internet]. 2015. Disponível em: goo.gl/cNP59C. [Consulta: 28 de novembro de 2017].
119. Vargas-Lorenzo I, Vásquez-Navarrete L M-PA. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(5):701–12.
120. Vélez-Arango A. El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(1):8.

8. Anexos

8.1 Anexo 1: Operacionalização das variáveis

Variável	Breve descrição da variável	Tipo da variável/Domínio
Sociodemográficos		
Número de documento de identificação	Número de identificação do utente	Qualitativa/nominal
Género	Género do utente	Qualitativa/nominal Masculino, feminino
Data de nascimento	Data de nascimento	Quantitativa/contínua
Estado civil	Estado civil do utente	Qualitativa/nominal Casado, união livre, solteiro, viúvo, separado, outro
Pessoas	Número de pessoas pelas que tem que responder o paciente	Qualitativa/nominal
Nível de escolaridade	Nível de escolaridade do utente	Qualitativa/ordinal Sem estudo, primária completa, primária incompleta, secundária completa, secundária incompleta, estudos técnicos ou tecnológicos completos, estudos técnicos ou tecnológicos incompletos, estudos universitários completos, estudos universitários incompleto, pós-graduação completa, pós-graduação incompleta
Departamento de residência	Departamento onde vive o utente	Qualitativa/nominal
Cidade de residência	Cidade onde vive o utente	Qualitativa/nominal
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico (o que aparece nas contas de serviços públicos) de 1-6	Qualitativa/ordinal 1 Baixo-baixo. 2 Baixo. 3. Médio-baixo. 4. Médio. 5. Médio-alto. 6. Alto
Inquirido pelo Sisben	Se o paciente foi inquirido pelo Sisben	Qualitativa/nominal Sim, Não
Nível do Sisben	Nível do Sisben de 0-5	Qualitativa/ordinal

Variável	Breve descrição da variável	Tipo da variável/Domínio
Segurança social		
Regime de segurança social	Regime de segurança social ao qual se encontra filiado o utente	Qualitativa/nominal Contributivo, Subsidiado, Pobre não segurado
Seguradora	Nome da seguradora (EPS) do regime contributivo ou subsidiado à que pertence	Qualitativa/nominal
Medicina pré-paga	O utente tem medicina pré-paga	Qualitativa/nominal Sim, Não
Nome da seguradora de medicina pré-paga	Nome da seguradora de medicina pré-paga	Qualitativa/nominal
Fundo de pensões	Nome do fundo de pensões ao qual se encontra filiado (AFP: Administradora do Fundo de Pensões)	Qualitativa/nominal
Socioeconómicas e laborais		
Situação laboral	O utente encontrava-se trabalhando quando interpôs a ação de tutela	Qualitativa/nominal Sim, Não
Ocupação	Cargo ou ofício	Qualitativa/nominal
Tipo de contrato	Tipo de contrato laboral	Qualitativa/nominal Termo fixo, Indefinido, Prestação de serviços, outro
Salário	Salário do utente	Quantitativa/contínua
Aspetos da saúde do utente		
Diagnóstico	Nome da doença que tem o utente e para a qual solicita a atenção em saúde	Qualitativa/nominal
Gastos de bolso em saúde	Se o paciente tem feito gastos de bolso	Qualitativa/nominal Sim, Não
Hospitalização	Se o paciente tem sido hospitalizado pela doença	Qualitativa/nominal Sim, Não
Dias de hospitalização	Número de dias em que foi hospitalizado	Quantitativa/discreta
Incapacidade temporária	Se teve incapacidade temporária pela doença	Qualitativa/nominal Sim, Não

Variável	Breve descrição da variável	Tipo da variável/Domínio
Número dias de incapacidade temporária	Número de dias de incapacidade temporária	Quantitativa/discreta
Estado de saúde	Estado de saúde em geral quando interpôs a ação de tutela	Qualitativa/ordinal Muito bom, bom, normal, mais ou menos, mau, muito mau, não sabe.
Direito à saúde e protestos em saúde		
Saúde como direito fundamental	Se o utente considera que a saúde é um direito humano fundamental	Qualitativa/nominal Sim, Não
Na Colômbia respeita-se o direito à saúde	Na Colômbia respeita-se o direito à saúde	Qualitativa/nominal Sim, Não
Tinha sabido sobre os protestos em saúde que se fazem em Medellín	Se o paciente tinha sabido sobre os protestos em saúde que se fazem em Medellín	Qualitativa/nominal Sim, Não
Participação nos protestos em saúde	Participação nos protestos em saúde	Qualitativa/nominal Sim, Não
Os protestos em saúde são ouvidos pelo governo	Se acha que os protestos em saúde são ouvidos pelo governo	Qualitativa/nominal Sim, Não
Ação de tutela		
Conhecimentos prévios da ação de tutela	O utente tinha conhecimento da ação de tutela dantes de apresentar-se o problema	Qualitativa/nominal Sim, Não
Uso da ação de tutela	Instituição ou pessoa que lhe sugeriu interpor a ação de tutela	Qualitativa/nominal Iniciativa própria, médico tratante, advogado, familiar, amigo, centro de saúde, outro.
Instituição que orienta	Instituição à que vai para receber assessoria sobre como interpor o recurso	Qualitativa/nominal Personería de Medellín, consultório jurídico, universidade, outro
Instituição demandada	Instituição que viola o direito à saúde	Qualitativa/nominal Seguradora do regime contributivo, seguradora do regime subsidiado, instituição

Variável	Breve descrição da variável	Tipo da variável/Domínio
		prestadora de serviços de saúde, outro
Causa (s) da ação de tutela	Razão pela que decide interpor a ação de tutela	Qualitativa/nominal Negação do serviço, adiamento da atenção, demora na atribuição do serviço de saúde, outro
Serviços de saúde solicitados	Serviços de saúde solicitados na ação de tutela	Qualitativa/nominal Consulta médica geral, consulta com especialista, medicamento, cirurgia, elementos de reabilitação, tratamento, atenção integral, outra
Incluídos no Plano de benefícios	Os serviços de saúde solicitados estão ou não incluídos nos planos de benefícios do regime contributivo ou subsidiado segundo o caso	Qualitativa/nominal Sim, Não: em caso de não indicar quais
Tipo de sentença da ação de tutela	Se a sentença do juiz é a favor do utente ou em contra	Qualitativa/nominal A favor do utente, contra do utente
Tempo da sentença	Desde a entrega da solicitação da tutela, quanto tempo demorou em sair a sentença (em dias)	Quantitativa/contínua
Acesso à atenção em saúde	Se o utente conseguiu aceder aos serviços de saúde com a sentença da ação de tutela	Qualitativa/nominal Sim, Parcialmente, Não
Tempo da atenção em saúde	Tempo entre a entrega da sentença da ação de tutela e o acesso à atenção em saúde	Quantitativa/contínua
Incidente de desacato	Se o utente fez uso do incidente de desacato (isto aplica quando a entidade demandada não cumpre	Qualitativa/nominal Sim, Não

Variável	Breve descrição da variável	Tipo da variável/Domínio
	com a sentença dada na ação de tutela)	
Entidade que desacata	Qual é a entidade que desacata a ordem da ação da tutela	Qualitativa/nominal Seguradora, Centro de saúde, outro
Motivo do desacato	Razão pela qual a entidade não cumpre com a sentença da ação de tutela	Qualitativa/nominal
Tempo do desacato	Tempo que demora sair a sentença do incidente desacato	Quantitativa/contínua
Acesso à atenção em saúde com desacato	O utente conseguiu aceder aos serviços de saúde com a sentença do desacato	Qualitativa/nominal Sim, Parcialmente, Não
Tempo	Tempo entre a entrega da sentença do desacato e o acesso à atenção em saúde	Quantitativa/contínua
Registo de óbitos		
A pessoa morreu	Se a pessoa que precisou dos serviços de saúde através da ação de tutela morreu	Qualitativa/nominal Sim, Não
A morte esta relacionada com a doença	Se a morte esta relacionada com a doença pela que interpuseram a ação de tutela	Qualitativa/nominal Sim, Não
Tempo da morte	Desde que foi interposta a ação de tutela até a data da morte (em dias)	Quantitativa/contínua

8. 2 Anexo 2: Questionário em espanhol

Número encuesta	Número del caso:
Derecho a la salud y acceso a los servicios de salud en Medellín-Colombia 2011-2014.	

Información para el participante. Introducción

Buenos días (Buenas tardes), mi nombre es....

Lo estamos contactando porque en el IHMT de la Universidad NOVA de Lisboa de Portugal en convenio con la Personería de Medellín se está realizando el proyecto de investigación sobre la Judicialización del derecho a la salud: análisis del impacto de la acción de tutela en el acceso a los servicios de salud en Medellín-Colombia durante el período 2011-2014

Con este documento quiero que conozca los objetivos del trabajo, la importancia y las condiciones de su participación. Por favor escuche atentamente la información que voy a leer para usted y una vez haya entendido claramente la finalidad del estudio, le voy a pedir que participe en la investigación a través de una encuesta que le haría por este medio.

¿Por qué se está realizando la investigación?

La investigación tiene como propósito conocer a través de una encuesta individual la experiencia en todo el proceso de exigibilidad del derecho a la salud. Las respuestas dependerán de cómo fue su experiencia y que lo llevó a interponer la acción de tutela, hasta los resultados obtenidos al final del proceso. Esto permitirá evidenciar la situación del acceso y garantía del derecho a la salud y tener una visión general de los desafíos que enfrenta la población.

¿Por qué es invitado a participar en la investigación?

Porque usted interpuso una acción de tutela a través de la Personería de Medellín como medio para garantizar el derecho a la salud, específicamente, para el acceso a servicios de salud.

¿Qué sucede si acepta participar en el estudio?

Si acepta participar en la investigación, procederemos a realizarle la encuesta que en promedio dura 25 minutos. No hay respuestas incorrectas, pues dependerán de cómo fue su experiencia en todo el proceso de interposición de la acción de tutela hasta el acceso a los servicios de salud.

¿Qué riesgos presenta la investigación?

Esta investigación no representa riesgo alguno para la salud ni la seguridad, porque sólo se trata de recolectar información que en todos los casos será procesada de manera confidencial, el equipo de investigación le garantizará la privacidad y confidencialidad de los registros que lo puedan identificar, se utilizará un número o código en el procesamiento de la información y por lo tanto todas sus respuestas serán anónimas.

¿Tendrá algún beneficio?

Este estudio no busca beneficios económicos, la participación es estrictamente voluntaria y gratuita. El trabajo permitirá tener una visión general sobre la situación del acceso y garantía del derecho a la salud de la población, es decir, los desafíos que enfrentan las personas en el acceso a los servicios de salud, lo cual permitirá generar evidencia que un futuro se podría materializar en la promulgación de políticas públicas en salud que mejoren la situación.

¿Qué derechos tiene?

Dado el carácter libre y voluntario de la encuesta, puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando usted encuentre motivo para ello. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas, también se puede retirar en cualquier momento, incluso al finalizar, si así lo decide, está libre de hacerlo.

¿Con quién se puede comunicar, si requiere mayor información?

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, también puede comunicarse con el investigador principal del estudio: Diego Alexander Gómez Ceballos, a su número celular en Colombia: 3117453482, por email: adiegomez@gmail.com o su número de celular en Portugal: +351 932 909 256. **Si decide no participar en el estudio, ¿qué sucede?**

Si usted decide no participar en el estudio, lo puede manifestar porque no existe ningún tipo de sanción, dado el carácter voluntario de la encuesta.

Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, se iniciará la encuesta. Agradezco mucho su colaboración y participación.

Datos de aplicación de la encuesta					
Encuestador:					
Fecha de la	dd/mm/aaaa				
Hora de Inicio:					
I. Sociodemográficos					
A. Nombres y apellidos completos del afectado					
B. Tipo de documento cuándo interpuso la acción de tutela					
1. Registro civil	2. Tarjeta de identidad	3. Número único de identificación			
3. Cédula de	4. Cédula de extrajjería	5. Otro	5.1 Cuál:		
C. Número de documento :					
1. Género					
1. Masculino	2. Femenino				
2. Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa				
3. Estado civil al momento de interponer la acción de tutela:					
1. Casado	2. Unión libre	3. Soltero			
4. Viudo	5. Separado	6. Otro	6.1 Cuál:		
4. Número de personas a cargo cuándo interpuso la acción de tutela:					
4.1 Tipo de personas a cargo:					
1. Menores de	2. Discapacitados	3. Personas de la tercera edad			
4. Hijo mayor de edad desempleado	5. Otro	5.1 Cuál:			
4.2 ¿Es usted el jefe del hogar? (Cabeza de familia)					
1. Si	2. No	3. NA			
4.3 ¿Pertenece a alguna población especial?					
1. Si	2. No → pase a la p. 5				
4.3.1 ¿Tipo de población especial a la que pertenece?					
1. Desplazados	2. Indigenas	3. Negritudes	4. Discapacitados		
5. Otra	5.1 Cuál:				
5. ¿Cuál es la escolaridad o nivel de estudios que tenía al momento de interponer la acción de tutela?					
1. Sin estudio	2. Primaria Incomp	3. Primaria completa	4. Secundaria incompleta		
5. Secundaria	6. Estudios técnico/tecnológicos incompletos				
7. Estudios técnico/tecnológicos completos	8. Pregrado incompleto				
9. Pregrado	10. Posgrado completo	11. Posgrado incompleto			
Cuál: (responder desde pregrado)			Colocar el grado:		
6. Ciudad de					
1. Medellín	2. Otra	2.1 Cuál:			
7. Barrio					
8. Estrato socioeconómico (el usuario debe verificar en la cuenta de servicios públicos)					
1. Uno	2. Dos	3. Tres	4. Cuatro	5. Cinco	6. Seis
99. No sabe					
9. ¿Ha sido encuestado por el SISBEN?					
1. Si → pase a la 2. No → pase a la p. 11					
10. ¿Qué nivel de SISBEN tiene? Verificar en la base de datos del SISBEN					
1. Cero	2. Uno	3. Dos	4. Tres	5. Cuatro	

6. Cinco 99. No sabe
Puntaje:

II. Aspectos de la seguridad social al momento de interponer la acción de tutela

11. ¿Cuál es el régimen de salud al que pertenecía cuando decidió interponer la acción de tutela?

Especial (Fuerza pública, Ecopetrol,

3.1 Cuál:

3. Ninguno → **pase a la p.14**

99. No sabe

11.1. ¿Cuál es la EPS a la cuál estaba afiliado cuando decidió interponer la acción de tutela?

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|----------------|----------------|
| 1. Sura | 2. Coomeva | 3. Comfenalco | 4. Salud total |
| 5. Nueva EPS | 6. Colsanitas | 7. Saludcoop | 8. Comfama |
| 9. Cafesalud | 10. Emdisalud | 11. Caprecom | 12. Coosalud |
| 13. Cruz Blanca | 14. Médico preventiva | 15. Saviasalud | 16. Policía |
| 17. Otra | 17.1. Cuál | | |

12. ¿Tenía usted medicina prepagada o plan complementario de salud cuando decidió interponer la acción de tutela?

1. Si

2. No → **pase a la p.13**

12.1. ¿Cuál es el nombre de la empresa de medicina prepagada o plan complementario de salud?

13. ¿Se encontraba afiliado a algún fondo de pensiones cuando decidió interponer la acción de tutela?

1. Si

2. No → **pase a la p.14**

13.1 ¿Cuál es el Fondo de Pensiones al que se encontraba afiliado cuando decidió interponer la acción de tutela??

- | | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|-----------|-----------|
| 1. Colpensiones | 2. Protección | 3. Horizontes | 4. ING | 5. |
| 6. Colfondos | 7. Porvenir | 8. Otro | 8.1 Cuál: | Asofondos |

III. Aspectos Socio-económicos y laborales en la fecha que interpuso la acción de tutela

14. Situación laboral u ocupación en la que se encontraba cuando interpuso la acción de tutela:

1. Empleado

2. Desempleado → **pase a la p.15**

3. Estudiante → **pase a la p.15**

p.15

4. Independiente → **p.14.3**

5. Ama de casa → **pase a la p.15**

6. Pensionado → **pase a la p.14.3**

p.14.3

7. Otro

7.1. Cuál:

14.1 Nombre de la ocupación o del cargo que tenía al momento en que decidió interponer la acción de tutela:

14.2 ¿Tipo de contrato que tenía cuando decidió interponer la acción de tutela?

1. Sin contrato

2. Prestación de servicios

3. Cooperativa

4. Empresa Temporal

5. Terminó fijo

6. Indefinido

7. Otro

7.1. Cuál:

14.3 ¿Salario devengado cuando decidió interponer la acción de tutela?

3. Entre 1 e 2 salarios

1. Menos de 1 salario mínimo

2. 1 salario mínimo

mínimos

4. Entre 3 y 4 salarios mínimos

5. 5 o más salarios mínimos

IV. Aspectos del estado de salud del usuario o de la enfermedad relacionada con la acción de tutela

15. Diagnóstico, dolencia o problema de salud (escribir el o los diagnósticos que tenía en el momento en qué decidió interponer la acción de tutela). **Colocar sin diagnóstico si aún no ha sido formalmente diagnosticado.**

15.1. Fecha del diagnóstico: 1. dd/mm/aaaa
99. No recuerda

16. ¿Ha pagado servicios de salud de su propio bolsillo antes de interponer la acción de tutela? (para la enfermedad relacionada con la tutela)

1. Si 2. No → **pase a la p.17**

16.1. Razones por las que tuvo que pagar servicios de salud de su propio bolsillo para la enfermedad relacionada con la tutela? Antes de interponer la acción de tutela **Escribir las razones**

17. ¿Usted ha sido hospitalizado por la enfermedad o problema de salud por la que interpuso la acción de tutela? Al momento de interponer la acción de tutela

1. Si 2. No → **pase a la p.18**

17.1 Cuántos días fue hospitalizado

18. ¿Usted ha sido incapacitado por la enfermedad o problema de salud por la que interpuso la acción de tutela? Al momento de interponer la acción de tutela **(Por cuantos día el médico le dijo que debía guardar reposo)**

1. Si 2. No → **pase a la p.19**

18.1 Cuántos días fue incapacitado

19. El problema de salud o enfermedad relacionado con la tutela le ha generado algún tipo de incapacidad permanente?

1. Si 2. No

19.1. ¿Usted cómo consideraba su estado de salud en general en el momento en qué decidió interponer la acción de tutela?

1. Muy bueno 2. Bueno 3. Normal 4. Regular
5. Malo 6. Muy malo 99. No

V. Aspectos sobre el derecho a la salud y protestas en salud

20. ¿Considera usted que la salud es un derecho humano fundamental?

1. Si 2. No 99. No

21. ¿Considera que en Colombia se respeta el derecho fundamental a la salud?

1. Si 2. No 3. Algunas veces 99. No sabe

22. ¿Sabía usted que en Medellín se realizan protestas por el derecho a la salud? Por ejemplo los cacerolazos, protestas de batas blancas, plantones etc.

1. Si 2. No → **pase a la p.24**

23. ¿Ha participado en alguna movilización o protesta por el derecho a la salud en los últimos 5 años? Desde el año 2011

1. Si → **pase a la p.24** 2. No → **pase a la p.23.1**

23.1 ¿Por qué no ha participado en dichas protestas por el derecho a la salud?

1. No le interesa 2. No puede 3. Por 4. Por enfermo
5. Por falta de 5. Otra 5.1 Cuál:

24. ¿Considera que estas protestas o movilizaciones en salud sirven de algo para que el Estado mejore y garantice el derecho a la salud?

1. Si 2. No 3. A veces 99. No sabe

VI. Aspectos de la acción de tutela en salud

25. ¿Cuántas acciones de tutela en salud ha interpuesto en los últimos 5 años para su grupo familiar?
Respuesta en número:

25.1 ¿Cuántas acciones de tutela en salud ha interpuesto en los últimos 5 años para acceder a los servicios de salud? **Desde el año 2011 hasta la fecha (Ver esta información en la página de la Rama Judicial)**

Respuesta en número:

En esta encuesta vamos a realizar las preguntas de la acción de tutela interpuesta en el año

26. ¿Usted tenía conocimientos previos de la acción de tutela? (antes de decidir interponerla)

1. Si 2. No

27 ¿Quién le sugirió interponer la acción de tutela?

1. Iniciativa propia 2. Médico tratante 3. Abogado 4. Familiar 5. Amigo
6. Usuario 7. Otro 7.1 Cuál:

28. ¿Acudió a alguna otra institución diferente a la Personería de Medellín para recibir asesoría sobre como interponer la acción de tutela?

1. Si 2. No → **pase a la p.29**

28.1 ¿A cuál institución acudió?

1. Consultorio Seguridad Social de la Facultad de Medicina UdeA 2. Consultorio jurídico Universidad de Antioquia 3. Juzgado 4. Procuraduría
5. Otro 5.1 Cuál:

29. ¿Quién realizó los trámites para interponer la acción de tutela?

1. Usted mismo → **pase a la p.30** 2. Familiar 3. Amigo 4. Abogado
5. Otro 5.1 Cuál:

29.1 ¿Por qué no realizó el afectado los trámites de la acción de tutela?

1. Porque estaba muy enfermo 2. Porque no sabía 3. Es un adulto mayor 4. Es un menor de edad 5. Se encontraba hospitalizado
6. Otro 6.1 Cuál:

30. ¿Cuál es la institución que vulnera su derecho a la salud o institución demandada? **Ver esta información en la página de la Rama Judicial. Puede seleccionar varias opciones**

-
1. EPS régimen contributivo 1.1 Cuál:
 2. EPS régimen 2.2 Cuál:
 3. IPS Pública 3. Cuál:
 4. IPS Privada 4. Cuál:
 5. Secretaría Seccional de Salud de Antioquia SSSA
 6. Otra 6.1 Cuál:
31. ¿Cuál fue la razón o causa para interponer la acción de tutela? **Puede seleccionar varias opciones Preguntar si el usuario tiene copia de la tutela y ver la información de ahí**
1. Largas listas de espera 2. Demora en la autorización de medicamentos
 3. Suministro incompleto de medicamentos 4. Medicamentos No
 5. Desafiliación 6. Demora autorización de consulta especialista
 7. Demora asignación de cita con médico general 8. Negación consulta especialista
 9. Demora autorización de cirugía 10. Servicios no incluidos en el POS
 11. No pago de incapacidad por enfermedad 12. No pago de licencia de maternidad
 13. Demora en trámites administrativos 14. Otro
- 14.1 Cuál:
32. ¿Cuál o cuáles son los servicios solicitados en la acción de tutela? **Puede seleccionar varias opciones Preguntar si el usuario tiene copia de la tutela y ver la información de ahí**
1. Consulta médica 1
 2. Consulta especialista 2.1
 3. Medicamento 3.1
 4. Cirugía 4.1
 5. Elementos 5.1
 6. Tratamiento 6.1
 7. Exámenes paraclínicos (laboratorio) 7.1 Cuál(es):
 8. Imágenes diagnósticas 8.1
 9. Procedimientos 9.1
 10. Prótesis, órtesis e insumos médicos 10.1 Cuál(es):
 11. Atención integral
 12. Pago de
 13. Pago licencia de maternidad
 14. Exoneración copagos 14.1 Valor
 15. Otra 15.1
33. ¿Tenía conocimiento sobre la medida provisional de la acción de tutela?
1. Si 2. No → **pase a la p.34**
- 33.1 ¿Solicito la medida provisional de la acción de tutela?
1. Si 2. No 3. No sabe
34. ¿Conoce el tipo de juzgado que emitió el fallo de tutela?
1. Si 2. No → **pase a la p.35**
- 34.1 ¿Cuál es el tipo de juzgado que emitió el fallo de tutela? **Ver esta información en la página de la Rama Judicial.**
1. Civil 2. Penal 3. De 4. Administrativo
-

5. Laboral 6. Otro 6.1 Cuál 99. No sabe
 35. Desde que interpuso la acción de tutela, ¿cuántos días hábiles demoró en salir el fallo? **Ver esta información en la página de la Rama Judicial, comparar fecha de radicación del proceso y fecha de la sentencia para calcular los días hábiles**

Número en días:

35.1 ¿Usted cómo considera este tiempo?

1. Corto 2. Normal 3. Largo 99. No sabe

36. ¿El fallo de la acción de tutela fue a favor suyo?

1. Si 2. No → **pase a la p.36.2**

36.1 ¿El fallo de la acción de tutela fue atención integral? → **pase a la p.37**

1. Si 2. No 3. No sabe

36.2 ¿Impugnó el fallo de la acción de tutela? **Corroborar esta información en la página de la Rama Judicial.**

1. Si 2. No → **pase a la p.**

36.3 ¿cuántos días hábiles demoró en salir el resultado de la impugnación (fallo en segunda instancia)? **Ver esta información en la página de la Rama Judicial, comparar fecha de radicación del proceso y fecha de la sentencia en segunda instancia para calcular los días hábiles**

Número en días:

36.3 ¿Usted cómo considera este tiempo?

1. Corto 2. Normal 3. Largo 99. No sabe

36.4 ¿Cuáles fueron los resultados de la impugnación del fallo? **Fallo en segunda instancia**

1. A favor → **pase a la** 2. En contra → **responda las preguntas 36.5 y pase a la pregunta 45**

36.5 Si el fallo de la acción de tutela no fue a su favor, la impugnación tampoco o no decidió impugnar ¿qué hizo?

Pregunta abierta (pase a la p. 45)

37. ¿Con el fallo de la acción de tutela, ¿logró acceder a los servicios de salud solicitados?

1. Si → **pase a la p.37.2**

2. No → **pase a la**

3. Parcialmente → **responder desde P. 37.1, 37.2, 37.3 y P.38**

37.1 ¿Por qué no logró acceder a los servicios de salud con el fallo a su favor de la acción de tutela?

Pregunta abierta

pasar a la pregunta 38

37.2 ¿Cuánto tiempo demoro en acceder a los servicios de salud desde que salió el fallo de la acción de tutela?

Respuesta en días:

37.3 ¿Usted cómo considera este tiempo?

1. Corto 2. Normal 3. Largo 99. No sabe

Terminar esta pregunta y pasar a la

38. ¿Tenía conocimientos sobre el incidente de desacato?

1. Si 2. No → **pase a la pregunta p.45**

39. ¿Uso el incidente de desacato? **Corroborar la información en la página de la Rama Judicial**

1. Si 2. No → **pase a la pregunta p.45**

39.1 ¿Cuántos desacatos ha puesto para esta acción de tutela?

40. ¿Cuál es la entidad que desacata el fallo de la acción de tutela?

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. EPS contributiva | 1.1 Cuál: |
| 2. EPS subsidiada | 2.1 Cuál: |
| 3. IPS pública | 3.1 Cuál: |
| 4. IPS privada | 4.1 Cuál: |

5. Secretaría Seccional

Salud de Antioquia

SSSA

6. Otra 6.1 Cuál:

41. ¿Cuántos días demoró en salir la sentencia del incidente de desacato desde que notificó el incumplimiento del fallo de la acción de tutela ante el juzgado o ante la Personería de Medellín? **Ver esta información en la página de la Rama Judicial. (preguntar por el último desacato si son varios)**

Respuesta en días:

41.1 ¿Usted cómo considera este tiempo?

- | | | | |
|----------|-----------|----------|-------------|
| 1. Corto | 2. Normal | 3. Largo | 99. No sabe |
|----------|-----------|----------|-------------|
42. ¿Con la sentencia del incidente de desacato logró acceder a los servicios de salud?
- | | |
|---|--|
| 1. Si → pase a la pregunta p.43 | 2. Parcialmente → pase a la pregunta p. 42.1 y 43 |
| 3. No → pase a la pregunta p. 42.1 | |

42.1 ¿Por qué no logró acceder a los servicios de salud con la sentencia del incidente de desacato y qué hizo?

43. ¿Cuánto tiempo demoró en acceder a los servicios de salud desde que salió la sentencia del incidente de desacato?

43.1 ¿Usted cómo considera este tiempo?

- | | | | |
|----------|-----------|----------|-------------|
| 1. Corto | 2. Normal | 3. Largo | 99. No sabe |
|----------|-----------|----------|-------------|
44. ¿Le tocó pagar cuotas moderadoras o copagos para acceder a los servicios de salud solicitados?
- | | |
|-------|--|
| 1. Si | 2. No → pase a la pregunta p 45 |
|-------|--|

44.1 ¿Cuál fue el valor que le toco asumir para acceder a los servicios de salud?

Escribir el valor: \$

45. Desde que inició los trámites de la acción de tutela hasta recibir el fallo, ¿siente que su estado de salud ha empeorado?

- | | | |
|-------|--|---|
| 1. Si | 2. No → pase a la pregunta p.47 | 99. No sabe → pase a la pregunta |
|-------|--|---|

46. ¿Qué tipo de complicaciones ha presentado en su estado de salud? **Pregunta abierta**

47. ¿Con el fallo de la acción de tutela resolvió su necesidad de atención en salud?

- | | | | |
|-------|-------|-----------------|-------------|
| 1. Si | 2. No | 3. Parcialmente | 99. No sabe |
|-------|-------|-----------------|-------------|

48. Considera que la acción de tutela es un medio efectivo para garantizar el acceso a los servicios de salud?

- | | | | |
|-------|-------|------------------|-------------|
| 1. Si | 2. No | 3. Algunas veces | 99. No sabe |
|-------|-------|------------------|-------------|

VII. Registro de defunciones

49. ¿La persona afectada murió?

- ## VIII. Actualización datos

8.3 Anexo 3: Perguntas adicionadas e corrigidas após o pré-teste ao questionário

Nesta fase, foram ajustadas e corrigidas determinadas perguntas do questionário, melhorando e clarificando algumas das perguntas.

- Passou a incluir-se o tempo que demora a sair o resultado da impugnação da sentença em segunda instância, assim como a percepção do tempo, por parte do próprio ou de quem fornece a informação.
- Na questão 14 - ocupação, passou a incluir-se a opção: *Dona de casa*.
- Na questão 11.1 foi adicionada a opção: Seguradora (*EPS: Entidade Promotora de Saúde*) *Emdisalud*.
- Foi igualmente adicionada uma questão, se aplicável, referente a hospitalização por doença, pela qual foi interposta ação de tutela, procurando ainda determinar quantos dias de hospitalização o paciente esteve sujeito nos últimos 5 anos (desde a data de interposição da tutela). Considerou-se esta uma questão pertinente por se tratar de um elemento indicador da gravidade da doença.
- Foi adicionada a questão 25: *Quantas ações de tutela interpôs nos últimos 5 anos para o seu grupo familiar?*
- Foi adicionada a questão 36.1: *A sentença da ação de tutela foi integral?*
- Foi adicionada informação a respeito dos óbitos porque se encontraram casos de mortes relatadas, estando relacionadas com a doença pela qual a ação de tutela foi interposta. Nestes casos foi um familiar a responder o questionário. A data do óbito foi igualmente adicionada para, na análise, cruzar a data do óbito com a da interposição da ação de tutela, de modo a determinar se houve casos de pessoas que morreram antes da sentença da ação tutela ter tido lugar. Estes dados permitirão, igualmente, aferir se a data da morte poderá resultar da falta de atendimento e do tempo de espera da decisão da sentença.
- À questão 37: Com a sentença da ação de tutela conseguiu aceder aos serviços de saúde ou o seu familiar ou outros visados na ação conseguiram aceder aos serviços de saúde?, embora as pessoas respondam que sim, em alguns casos referem que não lhes foi fornecido integralmente o solicitado. Por exemplo, relativamente à solicitação de fraldas, os inquiridos referem que não obtiveram a quantidade pedida ou referem que não estavam disponíveis no momento. Daí se ter adicionado a opção à questão: *Acesso parcial aos cuidados de saúde*.

- Foi adicionada a questão 39.1: *Quantos incidentes de desacato tem interposto na presente ação de tutela?* Em virtude de se terem verificado vários incidentes de desacato para a mesma ação de tutela (o incidente de desacato aplica-se quando a entidade não cumpre a sentença da ação de tutela).

8.4 Anexo 4: Guião da entrevista

Em espanhol

1. Teniendo en cuenta su experiencia con la acción de tutela, ¿cree que esta herramienta jurídica sirve para hacer respetar el derecho a la salud? ¿Por qué?
2. Cuénteme desde su experiencia cuáles han sido las dificultades y facilidades para afiliarse a una EPS / EPS-S y ser encuestado por el SISBEN,
3. Teniendo en cuenta su enfermedad, cuáles son los mayores obstáculos que tiene en la ciudad para acceder a los servicios de salud (ir especificando: con medicamentos, con especialistas, con cirugías, etc).
4. Cuénteme qué tipo de consecuencias laborales/profesionales(trabajo, estudio) y personales (con su familia, con su pareja) ha tenido debido a su enfermedad
5. ¿Cómo ha sido su experiencia para acceder a los servicios de salud requeridos por su enfermedad? ¿Qué le ha tocado hacer? (Por ejemplo para acceder a consulta médica general, especializada, medicamentos, etc., antes de interponer la acción de tutela)
6. Desde su experiencia, ¿qué tipo de dificultades ha tenido en el acceso a la atención en salud? ¿Qué consecuencias tuvo o cómo influyó en su estado de salud?
7. ¿Ha tenido que pagar algo por los servicios de salud? El hecho de tener que pagar, ¿ha impedido que pueda acceder a la atención en salud y que consecuencias ha tenido en su estado de salud?
8. ¿Por qué interpuso la acción de tutela?
9. Describame el recorrido que tuvo que hacer para acceder a la atención en salud una vez obtuvo el fallo de la acción de tutela. ¿Con qué problemas se encontró? ¿Qué fue lo más fácil y que fue lo más difícil?
10. Cuáles fueron las diferencias que sintió en su estado de salud (positivas y/o negativas) después de realizar el proceso de la tutela? ¿Qué cambió en su estado de salud después de la tutela?
11. ¿Qué piensa que le hubiera sucedido a su estado de salud si no hubiera interpuesto la acción de tutela?
12. ¿Piensa que tenía otras alternativas para solucionar su problema sin tener que interponer la acción de tutela?

13. Si usted fuera un político o tuviera un cargo importante en una EPS y pudiera tomar decisiones, dígame una o dos medidas prioritarias que implementaría para mejorar el acceso a los servicios de salud o para garantizar el derecho a la salud en Medellín.

8.5 Anexo 5: Consentimento informado componente qualitativa

Em português

Projecto de investigação: Direito à saúde e acesso aos cuidados de saúde em Medellín-Colômbia.

Investigador Principal: Diego Alexander Gómez Ceballos.

Identificação do participante:

Nomes e apelidos:

Lugar onde se for feita a entrevista: Medellín

Entidade que orienta a investigação: IHMT-Universidade Nova de Lisboa

Informação para o participante

Introdução

A Universidade NOVA de Lisboa e a Personería de Medellín, estão a fazer uma investigação sobre o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde na cidade de Medellín durante o período 2011-2014.

A participação no estudo é feita através de uma entrevista individual, pelo que, agradeço a sua aceitação. Mas antes de participar, irei explicar detalhadamente, os objectivos, a importância e as condições da sua participação neste estudo. Por favor, leia ou escute enquanto leio para si esta informação e quando tenha percebido bem a finalidade do estudo, então vou convidá-lo a participar na investigação através de uma entrevista individual.

Porquê se está a fazer o estudo?

A investigação tem o propósito de explorar as experiências individuais sobre o direito à saúde e os processos nele envolvidos. Portanto, as suas respostas dependerão de como foi a sua própria experiência e as razões que levaram para que usasse a ação de tutela.

Porquê esta a ser convidado a participar no estudo?

Porque interpôs uma ação de tutela através da Personería de Medellín como forma de garantir o direito à saúde, especificamente para o acesso aos cuidados de saúde que foram negados pela seguradora ou que não têm sido fornecidos com oportunidade.

O que acontece se aceita participar no estudo?

Se aceita participar no estudo, então vou-lhe fazer uma entrevista. As suas respostas dependerão de como foi a sua própria experiência em todo o processo até ao acesso aos cuidados de saúde.

Que risco apresenta a investigação?

No estudo não existe nenhum risco para a sua saúde muito menos risco para a sua segurança pessoal porque só se trata de colher informação sobre a sua experiência pessoal, sem, no entanto, colher dados que identifiquem a sua pessoa. Igualmente, para a gestão e tratamento da informação obtida, será assegurada a confidencialidade e só a equipa de estudo terá acesso.

Terá algum benefício?

A participação neste estudo é estritamente voluntária e gratuita. Pode haver um benefício indirecto porque partilhando a sua experiência, permitirá ter uma visão geral sobre a situação do acesso e garantia do direito à saúde da população, isto é, terá uma imagem sobre os desafios que a população enfrenta face à garantia e acesso aos cuidados de saúde, facto que será útil na melhoria da prestação dos serviços.

Que direitos têm?

Devido ao carácter livre e voluntário da entrevista, pode interromper o curso da mesma ou responder seletivamente as perguntas propostas quando você encontrar motivo para isso. Se alguma das perguntas da entrevista lhe parecer incómoda, tem o direito de não respondê-la, também se pode retirar em qualquer momento da entrevista, inclusive na parte final, se assim o decide, está livre de fazê-lo.

Se precisar de mais informação, com quem pode falar?

Se tiver alguma dúvida sobre o estudo durante a nossa entrevista, pode fazer perguntas em qualquer momento, também pode entrar em contato com o investigador principal no seu número de telemóvel da Colômbia 311 746 3482, por correio electrónico: diego.ceballos@ihmt.unl.pt ou no seu número em Portugal +351 932 909 256.

Se decide não participar no estudo, o que acontece?

Se você decide não participar no estudo, pode manifestá-lo porque não haverá nenhuma penalização.

Aceitação

Uma vez que tenha compreendido o estudo e se desejar participar, então pedir-se-lhe-á que assine este consentimento. Vamos assinar duas cópias do formulário e uma cópia vai ficar consigo.

Declaração do participante

Manifesto que não tenho recebido pressões verbais, escritas e/ou gestuais para participar no estudo; tomo a decisão em pleno uso das minhas faculdades mentais, sem encontrar-me sob efeito de medicamentos, drogas ou bebidas alcoólicas, de forma consciente, autónoma e livre

Nome do Participante

assinatura

Data

Declaração do investigador

Confirmo que expliquei a natureza do estudo, os riscos, benefícios e o anonimato e confidencialidade da informação, o participante tem tido a oportunidade de fazer perguntas e tem dado seu consentimento livremente

Nome do investigador assinatura Data

Data: DD: ____/ MM: ____/ AAAA: ____

Em espanhol

Proyecto de investigación: Derecho a la salud y acceso a los servicios de Salud en Medellín-Colombia durante el período 2011-2014.

Investigador Principal: Diego Alexander Gómez Ceballos.

Identificación del participante:

Nombres y apellidos:

Sitio donde realizó el estudio: Medellín

Entidad que respalda la investigación: IHMT- Universidad NOVA de Lisboa

Información para el participante.

Introducción

En la Universidad NOVA de Lisboa de Portugal en convenio con la Personería de Medellín se está realizando el proyecto de investigación sobre el derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín durante el período 2011 a 2014

Con este documento quiero que conozca los objetivos del trabajo, la importancia y las condiciones de su participación. Por favor escuche o lea atentamente la siguiente información y una vez haya entendido claramente la finalidad del estudio, le voy a pedir que participe en la investigación a través de una entrevista individual.

¿Por qué se está realizando la investigación?

La investigación tiene como propósito conocer a través de una entrevista individual la experiencia en todo el proceso de exigibilidad del derecho a la salud. Las respuestas dependerán de cómo fue su experiencia y que lo llevó a interponer la acción de tutela, hasta los resultados del fallo de la tutela y el acceso a los

servicios de salud solicitados. Esto permitirá evidenciar la situación del acceso y garantía del derecho a la salud y tener una visión general de los desafíos que enfrenta la población.

¿Por qué es invitado a participar en la investigación?

Porque usted interpuso una acción de tutela a través de la Personería de Medellín como medio para garantizar el derecho a la salud, específicamente, para el acceso a servicios de salud que le fueron negados o que no han sido brindados con oportunidad.

¿Qué sucede si acepta participar en el estudio?

Si acepta participar en la investigación, procederé a realizarle la entrevista. No hay respuestas incorrectas, pues dependerán de cómo fue su experiencia en todo el proceso de interposición de la acción de tutela hasta el acceso a los servicios de salud.

¿Qué riesgos presenta la investigación?

Esta investigación no representa riesgo alguno para la salud ni la seguridad, porque sólo se trata de recolectar información que en todos los casos será procesada de manera confidencial, el equipo de investigación le garantizará la privacidad y confidencialidad de los registros que lo puedan identificar, se utilizará un número o código en el procesamiento de la información y por lo tanto todas sus respuestas serán anónimas.

¿Tendrá algún beneficio?

Este estudio no busca beneficios económicos, la participación es estrictamente voluntaria y gratuita. Habrá un beneficio indirecto porque con la investigación se podrá tener una visión general sobre la situación del acceso y garantía del derecho a la salud de la población de Medellín, es decir, los desafíos que enfrentan las personas en el acceso a los servicios de salud, lo cual permitirá generar evidencia que un futuro se podría materializar en la promulgación de políticas públicas en salud que mejoren la situación.

¿Qué derechos tiene?

Dado el carácter libre y voluntario de la entrevista, puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando usted encuentre motivo para ello. Si alguna de las preguntas de la entrevista le parece incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas, también se puede retirar en cualquier momento de la entrevista, incluso al finalizar, si así lo decide, está libre de hacerlo.

¿Con quién se puede comunicar, si requiere mayor información?

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, también puede comunicarse con el investigador principal del estudio: Diego Alexander Gómez Ceballos, a su número de celular en Colombia: 3117463482, por email: diego.cebалlos@ihmt.unl.pt o en su número de celular en Portugal: +351 932 909 256.

Si decide no participar en el estudio, ¿qué sucede?

Si usted decide no participar en el estudio, lo puede manifestar porque no existe ningún tipo de sanción, dado el carácter voluntario de la entrevista.

Aceptación:

Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme este consentimiento. Vamos a firmar dos copias del formulario y una será para usted.

Declaración del participante

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

_____	_____	_____
Nombre Participante	Firma	Fecha

Declaración del investigador

Confirmando que le expliqué la finalidad del estudio, riesgos, beneficios y el anonimato y confidencialidad de la información, el participante ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y ha dado su consentimiento libremente.

_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha

Fecha: DD: ____/ **MM:** ____/ **AAAA:** ____

8.6 Anexo 6: Dados básicos do destinatário da ação de tutela solicitados nas entrevistas

Entrevista No:

Data ____/____/____

- ☐ Código participante N° _____
- ☐ Nome completo _____
- ☐ Género _____
- ☐ Data de nascimento _____
- ☐ Habilitações _____
- ☐ Estado civil _____
- ☐ Ocupação _____
- ☐ Seguradora (EPS) _____
- ☐ Diagnóstico ou problema de saúde relacionado com a tutela

- ☐ Morada e bairro _____
- ☐ Telefone _____
- ☐ O próprio é quem assiste à entrevista Sim____ Não____
- ☐ Nome do entrevistado _____
- ☐ Relação com o próprio _____

8.7 Anexo 7: Exploração do tempo que demora a sentença da ação de tutela e o acesso aos cuidados de saúde por género e por tipo de inquirido

Informação dada pelo próprio

Tabela 45: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelo próprio por género

Kolmogorov-Smirnov^a

Género	Estatística	gl	Sig.
Masculino	0,247	121	0,000
Feminino	0,183	252	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 46: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelo próprio por género

Estatísticos	Masculino	Feminino	Valor P
Média	11,9	11,0	0,760 ^a
DP	8,7	6,9	
Mediana	10,0	10,0	
Amplitude interquartil	7,0	8,0	
Mínimo	1,0	0,08	
Máximo	60,0	45,0	

^a Teste Mann-Whitney

Tabela 47: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou em aceder aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela relatada pelo próprio por género

Kolmogorov-Smirnov^a

Género	Estatística	gl	Sig.
Masculino	0,268	98	0,000
Feminino	0,332	219	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 48: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou em aceder aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela relatada pelo próprio por género

Estatísticos	Masculino	Feminino	Valor P
Média	22,0	25,7	0,622 ^a
DP	33,9	55,3	
Mediana	11,0	12,0	
Amplitude interquartil	27,0	25,0	
Mínimo	1,0	1,0	
Máximo	180,0	547,0	

^a Teste Mann-Whitney

Informação dada pelos familiares/amigos

Tabela 49: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género

Kolmogorov-Smirnov^a

Género	Estatística	gl	Sig.
Masculino	0,208	57	0,000
Feminino	0,174	264	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 50: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género

Estatísticos	Masculino	Feminino	Valor P
Média	11,1	10,4	0,110 ^a
DP	6,0	8,7	
Mediana	10,0	10,0	
Amplitude interquartil	7,0	10,0	
Mínimo	0,25	0,04	
Máximo	30,0	60,0	

^a Teste Mann-Whitney

Tabela 51: Estatísticas de normalidade para a variável tempo que demorou em aceder aos cuidados de saúde após a sentença favorável da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género

Kolmogorov-Smirnov^a

Género	Estatística	gl	Sig.
Masculino	0,197	48	0,000
Feminino	0,374	225	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 52: Médias, Desvios padrão, Medianas, Amplitudes interquartil, Mínimos e Máximos do tempo que demorou a sentença da ação de tutela relatada pelos familiares/amigos por género

Estatísticos	Masculino	Feminino	Valor P
Média	16,2	16,9	
DP	17,1	51,4	
Mediana	10	8	0,199 ^a
Amplitude interquartil	25,7	15	
Mínimo	0,17	0,13	
Máximo	60	730	

^aTeste Mann-Whitney

8.8 Anexo 8: Caraterização da amostra do judiciário

Em relação ao tipo de tribunal para o total da subamostra (n=179), numa percentagem de 35,9% das sentenças foram emitidas pelo tribunal penal, 23,9% pelo tribunal civil, 19,6% pelo tribunal administrativo, 13,0% pelo tribunal laboral e 7,6% pelo tribunal de família.

Quanto ao tempo que demorou a sentença, a média foi de 15,2 dias (DP=15,2), mediana 13 dias, com mínimo 0,05 dias e máximo 158 dias. No que se refere ao cumprimento do tempo estabelecido na legislação para emitir a sentença da ação de tutela (que deve ser no máximo dez dias úteis), 45,8% das sentenças foram emitidas no tempo regulamentado e houve um incumprimento no 54,1% dos casos porque o juiz demorou mais de dez dias.

De acordo com a informação registada no site do judiciário, 13,4% (n=24) das sentenças a favor do destinatário da ação de tutela foram impugnadas pela instituição envolvida na vulnerabilidade do direito à saúde.

Destas 24 sentenças impugnadas, o tempo médio que demorou o juiz em emitir a sentença em segunda instância foi de 27,1 dias (DP=9,8), mediana 27,5 dias, demorou mínimo 7 dias e máximo 49 dias. Chama a atenção que só em 8,3% (2) a sentença foi dada no tempo regulamentado (menos de 10 dias uteis), nos restantes casos (91,7%) houve incumprimento.

Do total da subamostra (n=179), 10% (n=18) tiveram incidente de desacato, o tempo médio que demorou a sentença foi de 22,8 (DP=17,4), mediana 19 dias, com mínimo 5 dias e máximo 70 dias.